

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.: <u>K/1218/1679</u>		APPLICATION DATE: <u>3/12/18</u>	
NAME of APPLICANT: <u>BIRENDRA MONDAL</u>		AGE-YEARS <u>50</u>	SEX <u>M</u>
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>RATIKANTA MONDAL</u>			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>DAKSHIN ATT E. BALGARANJALI, DEYARA 10, SONARPUR, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL</u>			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u>			
OCCUPATION: <u>LABOURER</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>Rs-15000x12 = 18000/-</u>		(Attach Proof of Income)	
PAN No. <u>XXXXXX</u>			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	BIRENDRA MONDAL	50	M
2.	PURNIMA MONDAL	40	F
3.	RAJ MONDAL	14	M
4.	CHANDREE MONDAL	15	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1.	TRIANGLE - CATARACT		
2.	SURGERY - R (SICAPOL)		
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शित द्वारा घोषणा करें)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1.) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे भी सत्य मान लिया जा सकता है।
- 2.) मैं इस बात को सत्य मानता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3.) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या किसी भी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शित द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठी का दस्तक देकर, मैं (अर्शित) अपनी छवि और नाम सहित "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करें, या, आवश्यक होने पर, प्रसारण के माध्यम से लोगों को जानकारी देने के लिए मेरी छवि और विवरण का उपयोग कर सकें। इस प्रारूप के माध्यम से सहायता की जा रही है।
- 2) मैं (अर्शित) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शित) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शित के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हॉस्पिटल) द्वारा प्रस्तावित होने वाले सहायता के।
- 1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए प्रयास नहीं करेगा, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित किया है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो किसी भी प्रकार से "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं है। इसलिए, हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2/12/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) हस्ताक्षर और नाम के साथ हॉस्पिटल का छाप	Shib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर और नाम के साथ हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का छाप
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (आवश्यक हस्ताक्षर 1) <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (आवश्यक हस्ताक्षर 2) <i>[Signature]</i>
--	--