

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन क्रमांक : K/1218/1714APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 4/12/18NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम ALOKA MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष 65

SEX लिंग F

FATHER/SPOUSE'S NAME :
पिता/पति का नाम FEULRAM MONDALPRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास
MONDAL, BERA & HALUK PARA, BANURAN,
JALBURIA-2, HOOGRAH, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय House wife.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय NIL(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. प्राप्त/नहीं प्राप्त

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो अन्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या सम्बन्ध
1	ALOKA MONDAL	65	F	SELF
2	FEULRAM MONDAL	212	M	HUSBAND
3	UDAY MONDAL	41	M	SON
4	SURASH MONDAL	32	M	SON
5	LAXMI MONDAL	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) महोदय रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आरक्षण कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगरहित/प्रीति से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - ANAEMIA
2	SURGICAL LG (GISTHOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED भी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा घोषणा):

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उक्त उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके अंश के लिए, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अन्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में ले सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा सहमति):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) आपकी संस्था को घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेखित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक, दूर, सार्वजनिक रूप से उत्प्रेषण से मुद्रा विनिमय और प्रदर्शनों के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का प्रसारण मेरे उपचार के पश्चात् या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी "कोशिका फाउंडेशन" के भरोदारों द्वारा अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरी सहायता के अंश के लिए ही प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के भरोदारों द्वारा प्रयोग किया जा सकता है। इस सहायता के अंश के लिए "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्य के लिए निर्दिष्ट और सहायता दी जायेगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणकर्ता की हस्ताक्षर या बाएं तलुआ छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति):**

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ उक्त के लिए अनुमति देने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) अपने उपचार के खर्च में सहायता नहीं लेते।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग के लिए या उस रोगी के लिए, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के लिए सहायता के लिए अनुरोध किया है, कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान किया जायेगा। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतर को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत यह है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय सहायता के लिए है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के उपचार के लिए अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं रोगी के डॉक्टर का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारे पास रोगी के उपचार सुरक्षा और गति के लिए सभी मामलों में रोगी के डॉक्टर को सही और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपेक्षा की तिथि 4/12/18	 Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55197 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुद्रा	 Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. व. व. हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार संख्या 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार संख्या 2