

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य सहायता)		
APPLICATION No. : K/1218/1715 APPLICATION DATE : 4/11/18		NAME of APPLICANT : SANKA MONDAL AGE-YEARS : 61 SEX : F		
FATHER'S/POUSE'S NAME : KAMAL MONDAL PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KARAT BERIA, HAWRAH, 711 316, WEST BENGAL		 		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE				
OCCUPATION : HOME MAKER				
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
PAN No. :		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No		
FAMILY DETAILS (पारिवारिक विवरण)				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	SANKA MONDAL	61	F	SELF
2.	SUBHANIKAR MONDAL	59	M	SON
3.	DIPANKAR MONDAL	56	M	SON
4.	HANJUSRI MONDAL	51	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy) (अनुदान पत्र की प्रमाण प्रतिलिपि)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (अनुदान पत्र की प्रमाण प्रतिलिपि)		Ration Card (Attach Copy) (अनुदान पत्र की प्रमाण प्रतिलिपि)
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
1. DIAGNOSIS - CATARA CT - LE				
2. SURGERY - 16 (SALUTOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
(अनुदान पत्र की प्रमाण प्रतिलिपि)				
NAME of OTHER SOURCE				
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED				

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं अथवा गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता से "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त करने के लिए दायर की गई है, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि, उस व्यक्ति या व्यक्तिगत विवरण के लिए अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा सहमत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'प्राप्तकर्ता' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लॉय, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित अन्य माध्यमों से सहायता प्राप्त करने के लिए दायर की गई है, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिए दायर की गई है, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से गारंटी/पैकेज को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी कारणों से हमारे पास से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए दायर की गई है, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के उपचार के लिए चले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी को उपचार प्राप्त और उसे जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हॉस्पिटल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/12/18	Dr. A. Kundu MSBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल का नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राप्तकर्ता 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राप्तकर्ता 2