

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2326

APPLICATION DATE: 07.01.2019

NAME of APPLICANT: ALTA MONDAL

AGE-YEARS अनु-वर्ष

64

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ATIRANTA MONDAL

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GARIA PURBAPALL, NEAR JISAK PLUG, RAJSHI
SONARPUR, PAUCHPOTA, SOUTH 24 PARGANAS
700152 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL -

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्पष्ट करें संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / 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 के साथ सम्बन्ध
1.	ALTA MONDAL	64	F	SELF
2.	ISUDHA SHARMA MONDAL	40	M	SON
3.	SANJAY MONDAL	40	M	SON
4.	CHANDRANA MONDAL	38	F	DAUGHTER
5.	MAHABADI MONDAL	35	F	DAUGHTER
6.	ARUNA MONDAL	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पीबी रेखा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुद्धी संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CHLAMYDIAE
2.	STRATEGY LE (STICS + TOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस हेतु सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जाया जाए तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यापन करती "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग/प्राप्त है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस दवा की आर्थिक या सहायता किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ली जाये और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/republish 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, प्रिंट, या अन्य माध्यमों के माध्यम से मेरी सहायता के लिये दानों को आमंत्रित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी सहायता के लिये या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य के प्रचार के लिए प्रकाशित किया जा सकता है। इस प्रकरण में "कोशिका" एम्प्लॉयर इसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.

हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर की और से मांग/प्राप्त की "कोशिका फाउंडेशन" से निर्णय सहायता हेतु निश्चित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निर्णय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सोर्स से उभरती होगी। यदि सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता के लिये किसी अन्य सोर्स से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता निर्णय सहायता हेतु उभरती होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें यह स्पष्टता प्राप्त होनी चाहिए कि हमें उभरती होगी सहायता को सहायता के लिये और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। हमें स्पष्टता प्राप्त होनी चाहिए कि हमें सहायता हेतु उभरती होगी और "कोशिका" की कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07.01.2019	Dr. Anil Agrawal MBBS, MS, Ph.D Eye Reg. No. 367 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम या हस्ताक्षर या छाप	Sh. Shikhar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम या पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2