

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : K/0119/2400

APPLICATION DATE : 09/01/19

NAME of APPLICANT : SUNIL MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष 61

SEX लिंग M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RATHIN MONDAL

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

1. NO. 12, KALIA JATI, PALLI, RAJABAHADUR GADIPUR,
MONTA-24, PARANAHAS 700136, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : UNEMPLOYED

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. सहाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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.	SUNIL MONDAL	61	M	SELF
2.	DEBASIS MONDAL	90	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्त्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- RE.
2.	SURGERY- RE (SLCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 कथन अथवा सत्य बात है तो वेरी सहायक निशान को न सही है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायक दान "कोशिका फाउन्डेशन", से ही न सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में परामर्श है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायक हेतु यह अवसर को नहीं है, उस दान का अधिक या समान विवरण किसी अन्य प्रोडिग्रेडेशन/कंपनी के न हो लिय है और न ही भविष्य में लिये।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/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 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 प्रकरण का अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वेद सत्य, सत्य, सही और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" दान, न्यासीय, दान, सहायक/दान हेतु उद्देश्य से मुझे लोकप्रिय और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्र में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद सत्य, सत्य, सही और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से घोषित हैं मुझे सत्य: सहायक का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दान उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सत्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से पदार्थ/दोष को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायक हेतु सिफारिश को जारी है, किसे इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो भविष्य और न ही भविष्य में वित्तिय सहायक किसी भी सहायक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विधि अधिकृत/सहायक हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सहायक केवल वित्तिय प्रकृति को है। रोगी या इन्फार्मेशन द्वारा ही सहायक या किसे गले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीसे हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने अपने को सही विधि/विधि रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05-01-2019	Dr. Anand Singh MBBS, MS, DNB (ENT) (Name of Doctor, Regn. No. with Stamp) हस्तेत का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) राम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरीक उपयोग हेतु

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