

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2420

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 09/01/19

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SANDHA MONDAL

आवेदक का नाम

AGE-YEARS 60

वर्ष-वर्ष

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BISHWANATH MONDAL

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

PART NO 106, BEHARBERA, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: HOME MAKER

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो 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	SANDHA MONDAL	60	F	SELF
2	DEEPA MONDAL	36	M	SON
3	KAMAL MONDAL	32	M	SON
4	KRISHNA BERA	27	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का, पीछे 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विवृति 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 (YES + NO)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का आग्रहपूर्वक प्रतिज्ञा करता हूँ कि, यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता की मांग की है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लाभ ले रहा हूँ 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 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 प्रकरण में मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य व्यक्ति/संस्था के द्वारा या किसी अन्य माध्यम से मुझे या किसी अन्य व्यक्ति/संस्था के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इलाज के खर्च या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य के लिए प्रकाशित किया जा सकता है। सहायता का इस्तेमाल मेरी इलाज के लिए या मेरे करने के लिए "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य व्यक्ति/संस्था के द्वारा या किसी अन्य माध्यम से मुझे या किसी अन्य व्यक्ति/संस्था के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से या किसी अन्य स्रोत से, उसी रोगी/रोगी के लिए वित्तीय सहायता से मुक्ति नहीं मिलेगी, बल्कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोगी के लिए मिलेगी, जैसा कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतराल को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ के द्वारा हम यह घोषणा कर रहे हैं कि हमारे पास रोगी के इलाज के लिए सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले पाएंगे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और रोगी के चिकित्सा 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 के इलाज प्रक्रिया और अपने अपने जो सभी निर्णय रोगी एवं हॉस्पिटल की होती हैं "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षित की तिथि 05.01.2018	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, Ph.D (Eye) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. अलोक अग्रवाल, एम.बी.बी.एस., एम.एस., फिलिपिन्स (आयुर्विज्ञान)	Shib Shankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. शिव शंकर बैगची
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2