

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0119/2439

APPLICATION DATE: 11.01.2019

NAME of APPLICANT: PARANCHANDRA MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: AMULA MONDAL

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

PART NO 187, BAHADURPUR, BASIRHAT, NORTH
24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: UNEMPLOYED

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

Yes / No

आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):

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.	PARANCHANDRA MONDAL	66	M	SELF
2.	SUVASNA MONDAL	54	F	WIFE
3.	MUKUNDA MONDAL	32	M	SON
4.	ADITHYAN MONDAL	31	M	SON
5.	SHYAMALI MONDAL	29	F	DAUGHTER
6.	MALINI MONDAL	23	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियमित आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कौन सी विलंबिता का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कौन से अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन सत्यता प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यापन दूँगा "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मैंने माँगा है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रकम माँगी है और न ही भविष्य में माँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 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 या आवेदन पत्र पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा (आवेदक) करके मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत कर दिया है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करें, जिससे दानों को माँगा जा सके और/या कोशिका फाउन्डेशन के बारे में जानकारी प्रसारित की जा सके।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण केवल कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टी के द्वारा ही प्रकाशित किए जा सकते हैं। इस प्रकरण में मेरी सहायता का प्रदान किया जा रहा है। इस प्रकरण में मैं "कोशिका" द्वारा प्रकाशित मेरे विवरण और नाम का उपयोग करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ 엄지 انگुठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.

हस्ताक्षर करके, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण में सहायता माँग रहे हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता माँगी जा सकेगी, क्योंकि हम कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता माँग रहे हैं। यदि कोशिका फाउन्डेशन हमारे लिए वित्तीय सहायता नहीं प्रदान करता है, तो हम कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता माँगने के लिए दूसरे स्रोत का उपयोग कर सकते हैं।
- 2) कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और उपचार का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच होता है और कोशिका फाउन्डेशन का कोई भी दखल नहीं है। कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है और कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11.04.2019	Dr. K. Ghosh MBBS, DD, DNB, FRCS Reg. No. - 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्पताल के पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

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