

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/0119/2449				APPLICATION DATE: 11.01.2019			
NAME of APPLICANT: RUMADASI MANDAL				AGE-YEARS: 62		SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SATYASE MANDAL				 			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: GABERIVA HARA, VARTH 24, PARANAGAS, 722423, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE							
OCCUPATION: HOUSE WIFE							
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL				MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (निश्चित)			
PAN No. (आपका पैन नंबर)				(Attach Proof of Income)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				(आप का आय प्रमाण)			
Yes / No				Yes / No			
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1.	RUMADASI MANDAL	62	F	SELF			
2.	SATYASE MANDAL	56	M	HUSBAND			
3.	SADHANA MANDAL	40	M	SON			
4.	SURAJIT MANDAL	37	M	SON			
5.	SUBRASHITA MANDAL	33	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
(आपकी रेशन कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें)		(आपका आय प्रमाण प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		(आपका पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		(अन्य कोई आधार)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
सहायता हेतु किसे देने विवरी का उद्देश्य:							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
1.	DIAGNOSES-CATARACT-LE						
2.	SURGERY-LE (SECS+IOL)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
1.	अन्य स्रोत का नाम			ली गई सहायता राशि			

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में चलाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त राशि को भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिये 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" समूह न्यायोपक्ष, दूर, वाचनालय द्वारा उद्घरण से मुझे प्रोत्साहित करें और प्रसारित करें कि मेरे द्वारा प्राप्त की गई सहायता के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक सहायता के प्रसारण के पक्षों या बाएं पक्षों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोपक्ष अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे पता: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" समूह इसके न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी 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 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.

इससे अधिकृत, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें पता है कि हमें सहायता प्रदान करने के लिए सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हमें सहायता प्रदान करने पर हमें सहायता संगठन से किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना होगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, उसे हमें सहायता संगठन के बीच सहायता के लिए सहायता संगठन का चुनाव करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हमें सहायता संगठन के बीच सहायता संगठन का चुनाव करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हमें सहायता संगठन के बीच सहायता संगठन का चुनाव करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11.04.2019	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., DNB, FRCS Reg. No. - 50971 Sustul Eye Hospital & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व इलाका व ठेका नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2 <i>[Signature]</i>
--	--