

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0119/2457			APPLICATION DATE : 12-01-2019 आवेदन तिथि				
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम KATRAI MONDAL			AGE-YEARS : वयस वर्ष 49		SEX : लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम CHEMIBAS MONDAL							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासस्थान पता 1/MDALI, HAROA, NARAI 24 PARAGANAS 74 3425, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता AS ABOVE							
OCCUPATION : व्यवसाय LABOURER					MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय RS. 2200 x 12 = 26400/-					(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. : संस्था/व्यक्ति का पैन नंबर							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को 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.	KATRAI MONDAL	49	M	SELF			
2.	RALPANA MONDAL	36	F	WIFE			
3.	BAPI MONDAL	19	M	SON			
4.	BAPPA MONDAL	14	M	SON			
5.	LAKSHMI MONDAL	10	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नलिखित आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने निम्नलिखित का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - 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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर,

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं नाम असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में ज्ञात पाया है।
- (3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं या सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त निराकरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न हो सिया है और न ही भविष्य में होगा।

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/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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- (1) इस द्वारा मैं अपने इरादों का अंगीत करी ज्ञात कर रहा हूँ, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी के मुताबिक हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिये उपयोग कर सकते हैं। इस प्रकरण में ज्ञात पाया है।
- (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के अंगीत हैं मुझे स्वतः सहायता का इकाया नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इरादों का अंगीत कर विवरण



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, इरादों की और से समझे/देखें की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- (1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की सहायता है। "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के अभाव में हमें स्वतंत्रता मिलेगी। यह पुष्टि करने का अर्थ है कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता के अभाव में हमें स्वतंत्रता मिलेगी।
- (2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव या निर्णय हमारे अंतर्गत है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे अंतर्गत है और "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता के अभाव में हमें स्वतंत्रता मिलेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20.01.2019	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., D.D., FRCS Reg. No.-509 Surgeon (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)	Satish Kumar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

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