

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0110/2560
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 16-01-2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SWAPNA MODAK
आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष
50

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PRADIP KUMAR MODAK
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

NASABGRAM, PADEHATE, HIGARPADA, NORTH
24, PARGANAS, 700100, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. लार्ड का संख्या

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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SWAPNA MODAK	50	F	SELF
2.	PRADIP KUMAR MODAK	62	M	HUSBAND
3.	SAYANI MODAK	28	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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 का 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 साक्ष्य
---	---	--	--

"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 प्रविष्टि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + 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: (अर्शक 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में उल्लेखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने आगे से किसी भी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/post-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 मुद्रा के द्वारा मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी को सौंप रहा हूँ कि वे मेरी जानकारी, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण के उद्देश्य के लिए, जिसके लिए सहायता मांगी जा रही है, को प्रसारित कर सकते हैं। इस प्रकरण के लिए सहायता मांगी जा रही है, जो कि कोशिका फाउंडेशन के द्वारा दी जा सकती है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के द्वारा प्रसारित करने के लिए सहायता मांगी जा रही है, जो कि कोशिका फाउंडेशन के द्वारा दी जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 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, हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, कि वे हम (हस्पताल) को सौंप रहे हैं कि हम (हस्पताल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता मांग रहे हैं, जो कि कोशिका फाउंडेशन के द्वारा दी जा सकती है।

- 1) यह कि हम (हस्पताल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता मांग रहे हैं, जो कि कोशिका फाउंडेशन के द्वारा दी जा सकती है। यदि कोशिका फाउंडेशन हमारे लिए सहायता नहीं देता, तो हम (हस्पताल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता मांग रहे हैं, जो कि कोशिका फाउंडेशन के द्वारा दी जा सकती है।
- 2) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच है, जो कि कोशिका फाउंडेशन से प्रभावित नहीं है। इसलिए हस्पताल को वित्तीय सहायता मांगने का पूर्ण ज़िम्मेदार होना पड़ेगा और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16-01-2019	Dr. Hari Shanker Nag MBBS, MS (ENT) (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हरी शंकर नाग, एमबीबीएस, एमएस (ENT) हरी शंकर नाग, एमबीबीएस, एमएस (ENT)	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) शिव शंकर बागची, निदेशक हरी शंकर नाग, एमबीबीएस, एमएस (ENT)
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 Safaryal	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 Safaryal
--	--