

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0129/2506
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 17-01-2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: KAMALA MONDAL
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
55

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ASHA MONDAL
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

PURBA PARA BANTALA, NATUN HAT, DHAPA,
KOLKATA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मध्य 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.	KAMALA MONDAL	55	F	SELF
2.	ASHA MONDAL	64	M	HUSBAND
3.	KALPADA MONDAL	62	M	SON
4.	UMA DAS	29	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) पीबीई कार्ड का 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 प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विलगी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SCS-40L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "कोशिका फाउन्डेशन", से ही वांछित हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रीशुर्बाई है और न ही बीमा में लूट।

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/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यासी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारण, दूरदर्शन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह के माध्यमों से जहाँ जहाँ आवश्यक हो सहायता मांगने के लिये प्रयोग किया जाये।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के उद्देश्य के प्रयोग के लिये प्रयोग करने का अधिकार कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टी है। इसका उपयोग मेरी सहायता के लिये प्रयोग करने का अधिकार नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित/प्रसारित/प्रसारण/दूरदर्शन/प्रिंट/इलेक्ट्रॉनिक/वगैरह के माध्यमों से प्रयोग किया जायेगा।

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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ/यहाँ पर "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संग्रहण या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद है कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रदान की जायेगी। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्णतः अस्वीकार की जाती है, तो हस्पताल को सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उम्मीद है कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के बिना अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना किसी भी प्रकार के उद्देश्य के प्रयोग के लिये प्रयोग करने का अधिकार कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टी है। इसका उपयोग मेरी सहायता के लिये प्रयोग करने का अधिकार नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित/प्रसारित/प्रसारण/दूरदर्शन/प्रिंट/इलेक्ट्रॉनिक/वगैरह के माध्यमों से प्रयोग किया जायेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

17/04/19

Dr. Hari Shankar Nag

MBBS, MS, (ORTH)

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Koshika Foundation & Koshika Centre

Sankar Bagchi
Director

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

यह व पर हस्पताल 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