

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0119/2509

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17-01-2019

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

BAHULA MANDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

FAIRE MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BARITALA, DHAPA, SOUTH 24 PARGANAS, 700105
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. आय का संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मध्यम हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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.	BEHULA MANDAL	60	F	SELF
2.	MAVRA MANDAL	49	F	DAUGHTER
3.	SANA MANDAL	09	M	SON
4.	BABLU MANDAL	28	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

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

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 ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोच्च न्यायालय

- 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 Koahika 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण अथवा आंशिक रूप में गलत या झूठा पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोहिका फाउंडेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पर्यवेक्षित है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सत्य एवं सही हैं, उस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (unless you want)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर करने इच्छा या नहीं की बात साफ़, मैं (अर्थात्) अपनी पहचान की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कॉशिका" एनएल गैर-लाभकारी, धर्म, अथवा धर्म आधारित उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों में तब तक प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के बिना या कार्य में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" में व्यक्त अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात में सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कॉशिका" एनएल उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षित की प्रत्यक्ष या अपेक्षित की प्रत्यक्ष



AGREEMENT by HOSPITAL (WFOH 270 400)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिपति, हमारा ही को जंग से घायल/लेने को "कोशिका चयापन" से निमित्त प्रभावित हो जाते हैं, जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- [illegible]

2. "कॉलिका पायन्डेशन" से लगे एवं सहायक केवल निम्नलिखित प्रकृति की हैं। ऐसी या इनमें से कोई भी लगे सहायक या बिन्दु लगे उपकरण/प्रक्रिया का प्रयोग ऐसी एवं इनमें से कोई भी लगे सहायक है और "कॉलिका पायन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्तावेज नहीं है। इसीलिए इनमें से कोई भी सहायक प्रदान और लगे लगे को सही निम्नलिखित ऐसी एवं इनमें से कोई भी लगे "कॉलिका" को कोई प्रक्रिया या निम्नलिखित इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अन्वीकृतो को लिपि संस्कृति

Date of Surgery अस्त्राण की तारीख 17-01-2019	Dr. Hari Shankar Nag MBBS, MS (OPHTH) (Name of Dr. & Regd. No. & Stamp) डॉ. हरि शंकर नाग MBBS, MS (OPHTH)	Dr. Shankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. शंकर बागची MBBS, MS (OPHTH)
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ॐ शान्ति शान्ति शान्ति ॐ

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इन्द्रधर 2
	