

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/ 2757

APPLICATION DATE: 23/04/19

NAME of APPLICANT: MOHAN MAKAL

AGE-YEARS 69

SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: METHER MAKAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

115 DUTTANAG ROAD, SALTANA SECTOR-1
MIDHANAGAR, CC BLOCK, NORTH 24 PARGANAS
740064, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -



OCCUPATION: UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो 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 सम्बंध
1.	MOHAN MAKAL	69	M	SELF
2.	TARA MAITI MAKAL	59	F	WIFE
3.	SHUKLA PAL	34	F	DAUGHTER
4.	SUBRITA MAKAL	31	M	SON

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

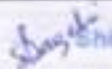
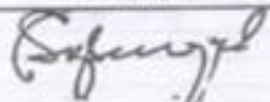
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रालिखित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE / STCSTROL

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 जो मने सहायता पुरती

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है। 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में घोषित किया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु या भविष्य की नहीं हूँ, उस राशि का प्रतिफल या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले सकूँ और न ही भविष्य में लूँ।		
AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक 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/print-up/produce 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 या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् भरोदारों, घर, चिकित्सक द्वारा उपचार से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रार्थना का निरास हो जाने का खतरा या खतरा मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों से नहीं है। 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रार्थना के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे प्राप्त: प्रार्थना का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्पणक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 		
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय प्रार्थना हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय प्रार्थना किसी भी रोगी/रोगी के उद्देश्य के लिए कोशिका फाउंडेशन से ली जा रही है, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रार्थना विधि अस्वीकार/नकार हेतु प्रत्युत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य विधि/रोगी/रोगी या किसी अन्य सम्बन्ध से प्रार्थना लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय प्रार्थना उद्देश्य के लिए किसी भी रोगी/रोगी के उद्देश्य या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं लेता/लेती। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई प्रार्थना केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई प्रार्थना या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने अपने को सही विधि/रोगी रोगी एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका" को कोई भुवि/या विधि/रोगी इस सम्बंध में नहीं होगा।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/04/19	Dr. Dhananjay Giri MBBS, MS Reg. No. - 60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Shish Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 