

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: K/0119/2804 आवेदन संख्या:				APPLICATION DATE: 24/04/19 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: BESHAKHA RANI MANDAL आवेदक का नाम			AGE-YEARS 67 आयु-वर्ष	SEX F लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: INDRA MANJAL पिता/ससुरा का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS CHHOTI SAHA BHALI HINDAL GANJ, NIRMALA PARGANAS, BIRSA, WEST BENGAL. वर्तमान निवास पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AT ABOYA - स्थायी निवास पता					
OCCUPATION: HOME MAKER. व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL. कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)	
PAN No. XXXX XXXX PAN संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):					
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	BESHAKHA RANI MANDAL	67	F	SELF	
2	ASIT MANDAL	47	M	SON	
3	ALOKESH MANDAL	41	M	SON	
4	AJAY MANDAL	39	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मंजूर करने का उद्देश्य:					
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न					
1. DIAGNOSIS - CATARACT - RE					
2. SURGARY - RE (Cataract)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी सहायता मिली है	

DECLARATION by APPLICANT: **सत्यमेव जयते**

- 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 Kothika 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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रश्न 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 निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे आशय रखता हूँ कि "कोथिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में वर्णित है।
- 3) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि बिना प्रत्यापन हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का व्यक्तित्व या समस्त किताबें किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिये हैं और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to each)

- 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.

- [illegible]

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेक्षा में इतरता का अर्थ का निगम



AGREEMENT by HOSPITAL. (FIRM TO HCU)

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.

क्या अविनाश कालाही की ओर से साप्ताहिकी को "अविनाश साप्ताहिक" से विविध साप्ताहिक से भिन्नता की जाती है, जिसे इन (इसका) विना प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वोच्च और न ही अधिकतम में विधि सभागत किसी भी सभाकी संख्या या किसी अन्य बातों से उक्त ऐंटी-कालोनी में सीने या से खंड है, जैसे कि अपने "कोलिका फायरिंग" से डिप्लोमेटिकलि उक्त को संभव में "कोलिका फायरिंग" हुए मर देतु कि है। यदि "कोलिका फायरिंग" हुए सभागत किसी अधिकतमक से मनुष्य की किय जात है तो अगला किसी अन्य भी सभाकी संख्या या किसी अन्य संख्या से सभागत लेने का अधिकतम युक्ति प्राप्त है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जात है कि अगला विधि मर उक्त ऐंटी-कालोनी देतु किसी भी सभाकी संख्या या किसी अन्य संख्या से नहीं लेनालेगी।
2. "कोलिका फायरिंग" से ही यह सभागत संख्या विधि प्रकृति को है। ऐंटी या इन्फाल्ट हुए ही यह सभागत या किने से उपप्राप्तिक्रिया का युक्त ऐंटी एवं इन्फाल्ट को बीच का विषय है और "कोलिका फायरिंग" हुए किसी उक्त का कोई दयात नहीं है। इसलिने इन्फाल्ट में ऐंटी को इन्फाल्ट मुक्त और जाने जाने की सही विधिऐंटी ऐंटी एवं इन्फाल्ट की ऐंटी और "कोलिका" को कोई अधिकतम या विधिऐंटी इस सभागत में नहीं ऐंटी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अग्नीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	<i>Signature Ray</i> Dr. Asmita Ray MBBS, MS, FPOS (Name of Dr. & Regd. Ho. with Stamp) रजिस्टर डॉक्टर का नाम और हॉस्पिटल का स्टैम्प	<i>Stamp Sankar Bagchi</i> Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम पद इन्सुलाइट अफिलियट अफिलियटी
------------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इतरवार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इतरवार 2
	