

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0110/2826

APPLICATION DATE: 25/01/19

NAME of APPLICANT: MADHAB MONDAL

AGE-YEARS 62 SEX M

FATHER/SPOUSE'S NAME: BHUPATI MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PART NO-186, BAMANPOKUR, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1600 x 12 = 19,200/-

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

PAN No. यदि खाता संख्या

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

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.	MADHAB MONDAL	62	M	SELF
2.	BEJALI MONDAL	53	F	WIFE
3.	MINIR MONDAL	30	M	SON
4.	PINTU MONDAL	26	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये विपरीत का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भुकी संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (STC 8 + 10L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
------------------------	---	---

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्ततापूर्वक "बोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ कि, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पेश किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी, इस रकम का आंशिक या पूर्णतः किन्हीं अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/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 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "बोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करेंगे, जिनके "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, आधुनिक दूरदर्शन, अथवा अन्य माध्यमों से सूचना प्रसारित करने के लिये किया जायेगा।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के प्रयोग के लिये प्रयोग किया जायेगा, इस सहायता के "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिये अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली 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 की ओर से आप/हमारे को "बोशिका फाउन्डेशन" के लिये सहायता 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 विभिन्न सहायता किन्हीं भी सहायता संगठनों या किन्हीं अन्य स्रोतों से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जबकि हम "बोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त कर रहे हैं। यदि "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किन्हीं अतिरिक्त/अन्य स्रोतों से प्राप्त नहीं किया जाता है तो सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से सहायता संगठनों या किन्हीं अन्य सहायता संगठनों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने पर उक्त रोगी/रोगी के लिये सहायता संगठनों या किन्हीं अन्य सहायता संगठनों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "बोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किन्हीं अन्य उपाय/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किन्हीं प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और करने वाले को सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "बोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 95/01/19	Dr. Alok Singh MBBS, MS, FRCS (S), FRCS (G) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार हस्ताक्षर 2