

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0110/2864
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 28/01/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SULTATA MANDAL
आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष : 55
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NANDALAL MANDAL
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PALASHBAN, GOHALARA, DUSKAPUR, GURBAHUM,
731126, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION : HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थाई राजस्व संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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.	SULTATA MANDAL	55	F	SELF
2.	NANDALAL MANDAL	63	M	HUSBAND
3.	BESAKHA MANDAL	37	F	DAUGHTER
4.	LALITA MANDAL	28	F	DAUGHTER
5.	GOPINATH MANDAL	27	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुपचार/दवाइयों से चार्ट की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-LE
2.	SURGERY - LE (STCST + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी गति सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान करने वाला:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल मेरे फॉर्म में उल्लिखित उद्देश्य, के लिए ही किया जायेगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम लेऊँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करने वाला)

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-upreproduce 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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लिखित उद्देश्य, के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित किये जा सकेंगे, जो मेरी मदद के लिए है।

2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि आवेदन के अंतर्गत से प्रेषित हैं, उन्हें केवल: आवेदन का इस्तेमाल नहीं किया जायेगा। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" अपने उद्देश्यों के लिए अधिकृत और अधिकृत होवेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या बाएँ 엄지 انگुठा का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

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, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मदद से सहमत हैं:

1) यह कि न तो हमें वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता मिलेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित मदद, तो भी, हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित मदद के लिए नहीं मिलेगी, तो हमें अपने अंतर को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट कहा जाता है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें प्राप्त मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे द्वारा की गई चिकित्सा या प्रक्रिया के लिए हमें "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी भूमिका नहीं है। इसलिए हमारे यहाँ के डॉक्टर और हमारे यहाँ के सभी चिकित्सकीय प्रक्रियाओं को हमारे और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच भूमिका या जिम्मेदारी हमारे यहाँ में ही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

28/04/19

Dr. K. Ghosh

MBBS, D.O, DNB, FRCS

Reg. No. - 50971

Susrut Eye Foundation & Research Centre

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

हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Sankar Bagchi
Director

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

हमारे यहाँ पर हमारे अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

हस्ताक्षर 2