

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

 APPLICATION No.: 5/0119/379 (1365/18) APPLICATION DATE: 25/1/19
 आवेदन संख्या: 5/0119/379 (1365/18) आवेदन तिथि: 25/1/19

 NAME of APPLICANT: Bhavut Mandal AGE-YEARS आयु-वर्ष: 52 years SEX लिंग: M
 आवेदक का नाम: Bhavut Mandal

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Khogan Mandal
 पिता/सहोदर का नाम: Late Khogan Mandal

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
 TH-141 Indira Camp Sahibpuri N.D.

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता
 AS Above

 OCCUPATION: Labourer
 व्यवसाय: Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.30 Lacs
 कुल वार्षिक आय: Rs. 1.30 Lacs

 (Attach Proof of Income)
 (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. इन्फॉर्मेशन संख्या:

 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
 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 सम्बंध
(1)	Rakha Mandal	45	M	Wife
(2)	Seema	22	F	Daughter
(3)	Joma	18	"	"
(4)	Ganeta	16	"	"
(5)	Ganeta	14	"	"

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

BPL Card (Attach Card Copy) रटीबी कार्ड के नौवें प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn:- LF Cataract
	SUG:- LF Phacoemul-

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (अर्शदक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन सत्य एवं सही है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी धन मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र की गई है, उस राशि का अधिक या समतल किसी किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लिया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक 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 fulfilment 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 प्रपत्र में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में दी गई हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण, प्रसारण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व ट्रस्टियों को अधिकृत है।

2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्यों के लिये प्रयोग करने का अधिकार नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा किये गये निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

(Signature)

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.

हमारे अंगूठे, हस्ताक्षर की और से यहाँसे यहाँसे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरास प्रपत्र से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सोर्स से इस रोगी/रोगी के लिये मांगी जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरास अंगूठे/हस्ताक्षर हेतु भेजा नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रपत्र में सत्य कहा गया है कि सहायता वित्तीय सहायता है, जिसका अर्थ है कि हस्पताल रोगी और रोगी के उपचार के लिये पूर्ण रूप से जिम्मेदार होगा और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुलभ और सही करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस रोगी के लिये सहायता या किसी भी प्रकार के दवा/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुलभ और सही करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संरक्षित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/1/19	Dr. Shubha Mehta DMC No. 84798 (Name of Doctor & his Address) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पता Dr. cm	Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent & Stamp of Authorized Signatory (Name of Hospital) SHROFF EYE CENTRE A-9, Kailash Colony New Delhi - 110 048 अधिकृत हस्ताक्षर
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>(Signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>(Signature)</i>
--	--