

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)		
(स्वास्थ्य देखभाल)		(Healthcare)		
APPLICATION No.: K/0219/3300		APPLICATION DATE: 14/02/19		
NAME of APPLICANT: LAKHI MONDAL		AGE-YEARS 65	SEX F.	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: CHATIRAM MONDAL				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: CANCADHARPUR - 15, PANCHLA SADAR, HOWRAH, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)		
PAN No. SWAYAM SANGHAN		(आय का साक्ष्य संलग्न)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No		
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)		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.	LAKHI MONDAL	65	F	SELF
2.	RABI MONDAL	42	M	SON
3.	TANU MONDAL	32	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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			
1.	DIAGNOSIS-CATARACT - LE.			
2.	SURGERY- LE(SICSTIOL)			
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 ली गई सहायता राशि		



DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुन पोषण 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 घोषणा करता 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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी दायरे के अंतर्गत धर्म "कॉन्ग्रेस फाउन्डेशन", से ही प्राप्त है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पत्र प्राप्त है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस धर्म का आर्थिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य सोशलिस्टिक/धार्मिक कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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 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 प्रश्न पर अपने इसकाया या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहनीय को मुद्रित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, उसे "कोशिका" द्वाय न्यासीय, दान, साधना/पुनर्जाय से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी इसका माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण यहाँ इसकाया के पक्षों या पक्ष से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस काय से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रापित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वाय उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और साधनाकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अवेदक के हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (HAFOM 200 400)

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.

इसके अतिरिक्त, इसकाधरी की ओर से मामले/ऐगी की "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, किसे इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो कांथन और न ही पवित्र में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त ऐगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निम्नलिखित/विशिष्ट उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अविश्व/सकल हेतु मन्त्रा नहीं किया जाता है तो सम्प्रदाय किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्प्रदाय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धुति में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्प्रदाय विशेष मदद उक्त ऐगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/ऐगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का धुनव ऐगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में ऐगी को इतना सुरक्ष और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐगी एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" की कोई धुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संसुति

Date of Surgery औरेशन की तारीख 14/02/19	Alok Agrawal Ph.D(Eye)FMRF No. 34766 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तेमाल व छिद्र न	Shub Director Koshika Foundation & Research (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तेमाल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तेमाल 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तेमाल 2	
		