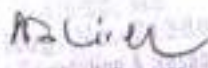
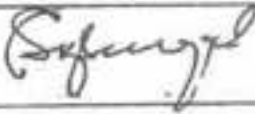


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : K10619/0608 आवेदन संख्या :				APPLICATION DATE : 24/06/19 आवेदन तिथि :	
NAME of APPLICANT : DHEREV MANDAL आवेदक का नाम :				AGE-YEARS 60 आयु-वर्ष :	SEX M लिंग :
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HARAN MANDAL पिता/कन्या का नाम :					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 043 MATHURAKHANDA PURBA PARA, GOSABA, SOUTH 24 PARGANAS 748330, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता AS ABOVE					
OCCUPATION : UNEMPLOYED व्यवसाय :				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 19000 * 12 = 228000/- कुल वार्षिक आय :				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. क्या है/छाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें):					
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.	DHEREV MANDAL	60	M	SELF	
2.	SUSAMA MANDAL	56	F	WIFE	
3.	BASUDEB MANDAL	30	M	SON	
4.	SUDEB MANDAL	26	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियम 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 किए गए निम्नलिखित उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSES - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (SUCCESSFUL)				
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: आवेदक द्वारा घोषणा पर: 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रक्रिया निरस्त की जा सकती है। 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना मांगवा हेतु यह प्रत्यक्ष की गई है, इस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो लिया है और न ही पक्षीय में लूंगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार) 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. 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (आवेदक) अपनी छविति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह पत्रिका, दूर, वाचमन/दूर से उद्देश्यों से मुझे परिचित/अन्य उद्देश्यों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों पर कार्य करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रक्रिया के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे अनिवार्यता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उद्देश्यों के लिये अधिकृत और वाचमन/दूर से प्रसारित होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा/लेख को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पक्षीय में वित्तिय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अन्य उद्देश्यों के माध्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकृत/सहायता हेतु पत्र पत्र किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष भरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेती। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या विवेक से उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और जाने जाने की सभी विधेय रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई भी पुष्टि या विधेय रोगी इस मांग में नहीं होती।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए अनुमति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/06/19	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 (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 त्रुस्टी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रुस्टी हस्ताक्षर 2 