

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0919/1467
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 3/9/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: TACHER ALI MANDAL
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ENTAN MANDAL
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

SONARATH MAUJA RAMESWARPUR, JL NO 85, ENO
GOPALPUR, HAROA, NORTH 29 PARAGANAS 743445,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 51000 X 12 = 228000
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. सहायता हेतु संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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.	TACHER ALI MANDAL	65	M	SELF
2.	SAHID ALI MANDAL	37	M	SON
3.	SAHEEDANU GIBI	35	F	DAUGHTER
4.	MOJIBURUN NIZAM	32	F	DAUGHTER
5.	PURBI B2B2	22	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के साथ 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SUCC + IAL)

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: **ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਅੰਦਰੂਨੀ ਖਾਤਾ:**

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अत्यंत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशल विकास योजना", से ही मैं सही है, इसका उपयोग करी उपयोग की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताना था।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं सहायता हेतु या प्रशिक्षण की नहीं है, उस एजेंसी का अर्थिक या सहायता विरक्त किसी अन्य एजेंसी/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न हो सित है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (same as WOT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 का उत्तर हमेशा का अंग्रेजी की छाप साफ़ता, मैं (अर्प्रेक) अपनी पहचान को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके म्प्राठीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" दम्प्य म्प्राठीय, दान, सहायता द्वाारे उत्प्रेरण से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रशस्ति करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे द्वाारा के पहले या बाद से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से म्प्राठी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्प्रेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उत्प्रेरण से प्रेषित है मुझे प्रशस्ति: सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" दम्प्य उत्प्रेरण म्प्राठीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कबुल)

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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1.) यह कि हम उसे वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसका ऐसी/व्ययमें से लेने या से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधिगत उद्देश्य को प्राप्ति में आने तक से। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिगत अतिरिक्त/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला विधिगत मंदर उक्त ऐसी/व्ययमें हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा दो या दो से अधिक या बिना किसी वसुधार्थकता का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी को हस्ताक्षर द्वारा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर को होती है और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

~~Dr. Dhananjay Giri~~

MBBS, MS

Reg. No. -60570

Glaucoma Foundation & Research Centre
 2000 E. 8th Ave. N. with Signet

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

॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

Sybil Sullivan Bayless

Director

Support Eye Foundation & Research Centre

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

नाम च ५६ हस्मन्तल अभिदुत अभिदुतै

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तधारा ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इत्यादि २

Rich