

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : K/0010/1521 उपवेदन संख्या :				APPLICATION DATE : 6/3/19 उपवेदन दिनांक :	
NAME of APPLICANT : ARATI MANDAL आवेदक का नाम :			AGE-YEARS अनु-वर्ष : 63	SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : JYOTISH MANDAL पिता/कटुस्थ का नाम :					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : 13 NO. SANDEEPABIL DAKSHINBARA, HINGALGAN NORTH 24 PARGANAS 743435, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता : - AS ABOVE -					
OCCUPATION : HOUSEWIFE व्यवसाय :				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :	
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2000 X 12 = 24000 कुल वार्षिक आय :				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) :	
PAN No. स्वयं छात्र 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 लगाएं) :					
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.	ARATI MANDAL	63	F	SELF	
2.	JYOTISH MANDAL	70	M	HUSBAND	
3.	PRADYUMN MANDAL	41	M	SON	
4.	ADARSH MANDAL	29	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियम आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियम 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 - RECCOS + IOL				
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 सी गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं वाचन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यता पूर्ण "कोशिका फाउंडेशन", से ही प्राप्त कर रहा हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद किया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में न तो भुगतान की मदद, न ही भुगतान का भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

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 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारूप का विवरण मेरी सहायता के लक्ष्य से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को प्राप्त करने के लिए प्रेषित है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुष्ठ 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 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ पर घोषणा की है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जाएगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया उठाते हैं, जब तक कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त नहीं की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें यह स्वीकार करना पड़ेगा कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने पर हमें कोई भी भुगतान नहीं करना पड़ेगा और "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ। मेरी या हस्पताल द्वारा मेरी सहायता करने के लिए उद्देश्यपूर्णता का चुनाव मेरी ही हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी या हस्पताल द्वारा मेरी या हस्पताल की होती है और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Hari Shanker

MBBS MS (OPHTH)

Reg No. 33856

Susrut Eye Foundation & Research Centre

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

डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर या छाप

Dr. Sankar Bagchi

Director

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

नाम या पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2