

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

12/1010/1690

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

12/10/2019

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

ECHHRAIL MANDAL

AGE-YEARS अनु-वर्ष

72

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

ECHMAIL MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

RAJAPUR, MATHER PARA BAGJOLA, GHOURJA,
NORTH 24 PARGANAS 743247, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS 1900X12 = 22800/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगावे।)

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.	ECHHRAIL MANDAL	72	M	SELF
2.	ESRAELI MANDAL	45	M	SON
3.	SAHATAN MANDAL	42	M	SON
4.	SAHSUBAHAN MANDAL	36	M	SON
5.	KABIRUN MANDAL	34	M	SON
6.	AMTUR RAHMAN	39	M	SON
7.	AMTRUL ISLAM	47	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विन्यति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (उपभोग्य पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विन्यति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DATAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी

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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे सहायक निरास हो या रद्द हो सकता है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में मंगल है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायक हेतु पर प्रत्येक को नहीं है, इस मदद का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

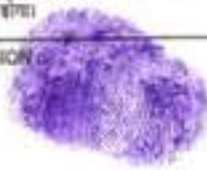
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 करार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप साकार करने (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्रातृत्व" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस करार में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा स्वामी, घर, पता/पता द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने/पूर्ति करने और जानकारी को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे करार का विवरण सही जानकारी के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस करार से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्य से उल्लिखित हैं प्रकाशित करने का अधिकार नहीं करता। इस करार में "कोशिका" द्वारा उसके भ्रातृत्वों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी 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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश को करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी और सहायक संचालन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विधि अस्वीकार/रद्द कर देता है तो हमें सहायक किसी अन्य स्रोत पर सहायक को किसी अन्य सहायक से सहायक होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असमर्थता सिद्ध होने पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायक संचालन या किसी अन्य सहायक से नहीं संचालनीय।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायक को वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही मैं सहायक को लिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने काम को सही निष्पत्ती देनी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई चुपका या निष्पत्ती इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/10/2019</p>	<p>Dr. Hari Shanker Nag MBBS, MCh (OPHTH) Reg. No. 103658 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Surgeon हस्तर का नाम व हस्ताक्षर या छाप</p>	<p>Dr. Hari Shanker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) मान्य व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 स्वामी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्वामी हस्ताक्षर 2</p>
