

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1019/1756
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 16/10/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: ASIT MONDAL
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 68
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HARI PADA MONDAL
पिता/कन्या का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

HEALBER PATH, CANNING, POST 24 PADGANAR
743329, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सदा आवास का पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MAJRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2000 X 12 = 24000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. क्या है (छात्र संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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. | ASIT MONDAL | 68 | M | SELF |
| 2. | SANOKA MONDAL | 60 | F | WIFE |
| 3. | SIDHAKAR MONDAL | 35 | M | SON |
| 4. | SANTU MONDAL | 39 | M | SON |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये विधियों का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1. | DIAGNOSIS — CATARACT — RE |
| 2. | SURGERY — RE (SICS + IOL) |

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED सी गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अथवा पात्र काल ही से गरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस ओर उदात्त प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से होने का सही है, उक्तक उपरोक्त उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किंचित उपयोग, जो इस प्रकरण में पात्र पाया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में कभी भी इस प्रकरण की राशि, उक्त उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, पत्रिकाएँ एवं इंटरनेट से मुझे चिकित्सा सुविधाओं और उपकरणों के लिये किये गये प्रचार सामग्री से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं इस प्रकार का विवरण सही प्रत्यक्ष के पत्रों या चर में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन के अधिकारियों का निर्णय अंतिम और अविरोधनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक 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 की ओर से सहायता/उपरोक्त को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) यिन प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं किंचित काल है तो सहायता किसी अन्य स्रोत के सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ पर स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पर उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने की सहायता केवल वित्तिय इच्छा की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सही सहायता का निर्णय गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल पर रोगी के इच्छा मुताबक और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. K. Anshu स्वीकृती के लिये संस्तुति

M.B.B.S., D.O., F.R.C.S. (EYE)

Reg. No. -50871

Susrut Eye Foundation & Research Centre

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर य एवं न.

Shri Ganesh Bagchi

Director

Susrut Eye Foundation & Research Centre

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

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
म्हारी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
म्हारी हस्ताक्षर 2