

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2081 APPLICATION DATE: 11/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : AMAL MANDAL AGE-YEARS वर्ष-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 60 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KASHI MANDAL
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
MANMATHA NAGAR, GOSABA, SOUTH 24
PARGANAS 74 35 70, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION : UNEMPLOYED MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 1300 x 12 = 15,600/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) हाँ / 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.	AMAL M MANDAL	60	M	SELF
2.	ABHINAV MANDAL	32	F	DAUGHTER
3.	NABAKUCHAR MANDAL	21	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय पर की जाच प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय का (आय पर की जाच प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाच प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (STICS + 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 एवं प्राप्त सहायता राशि

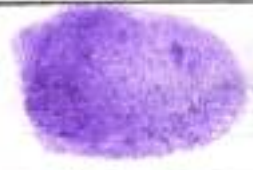
DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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.
 - 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.
 - 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं/वापस असाध्य चारा प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता प्राप्त होगी, केवल उसी उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्राप्त की जाएगी, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने आगे कोई भी सहायता प्राप्त नहीं की है, न ही भविष्य में करूँगा, जो किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से प्राप्त हो सके।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा करार)

- 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.
 - 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 मेरा हस्ताक्षर या अंगुली का निशान करके, मैं (अर्हक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को लिखित रूप में स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी सहायता के लिए उपयोग के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी सहायता के लिए उपयोग के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



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:

- 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.
- 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.

हस्पताल द्वारा यहाँ, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

- हम या हमारे हस्पताल को या भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने से इनकार करने में तैयार हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा का अर्थ यह है कि कोशिका फाउंडेशन को सहायता प्राप्त करने का कोई भी अधिकार नहीं है।
- "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चयन रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित नहीं है। अतः, हस्पताल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी और सुरक्षा का उत्तरदायित्व प्राप्त है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>11/11/2019</p>	<p>Dr. K. K. Mishra MBBS, D.O., FRCS Reg. No. 50871 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

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