

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2115 APPLICATION DATE : 13/12/2019

NAME of APPLICANT : JAYA MALLIK AGE-YEARS : 52 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUKOMAR MALLIK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : BAMBANA, MODA 13, BARASAT, NORTH 24 DARGANAS 743204, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2100 X 12 = 25200 (Attach Proof of Income)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	JAYA MALLIK	52	F	SELF
2.	SUKUMAR MALLIK	58	M	HUSBAND
3.	DRUPA MALLIK	30	F	DAUGHTER
4.	SUJAY MALLIK	27	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
EPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: CATARACT RE SURGERY RE (SICS + IOL)

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES		
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: अर्हताकार द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 सत्य नहीं माना जाय तो इस बात की भी संभावना है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग सही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से राशि की मांग नहीं करूँगा, जो इस प्रकरण के लिये माग की गई है, और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हताकार द्वारा सहमति)

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकार) अर्हताकार की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई राशि, चिकित्सा या अन्य उद्देश्यों के लिये प्रयोग करने के लिये प्रदान की गई है। इस प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के अंगूठे या चारों ओर चले जाने वाले मेरे नाम "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्हताकार) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त राशि के लिये प्रयोग नहीं किया जायेगा और "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई राशि का उपयोग केवल उद्देश्यों के लिये किया जायेगा और भविष्य में नहीं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हताकार के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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.

हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा, हस्ताक्षर की गई "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहमत व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं प्राप्त करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये माग की गई है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये माग की गई है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्णतया नहीं मिलती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज में स्पष्ट कहा जाता है कि अंततः हस्पताल ही अपने संपूर्ण उत्तरदायित्व को संभालेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की गई है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त सहायता के अभाव में हस्पताल को अपने संपूर्ण उत्तरदायित्व का भुगतान करना होगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के अभाव में हस्पताल ही अपने संपूर्ण उत्तरदायित्व को संभालेगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये अनुमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>13/11/2019</p>	<p>Dr. Priyanshu Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. - 70555 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, इ.</p>	<p>Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) युग व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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