

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2143 APPLICATION DATE : 14/11/2019

NAME of APPLICANT : PUTUL MONDAL AGE-YEARS : 40 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUBAL MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KHALISADI, HAKOA NORTH 24 PARGANAS 743425, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : COOK MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1700 x 12 = 20,400 (Attach Proof of Income)

PAN No. : स्याई प्राप्त संख्या

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

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 अवेदक के साथ संबंध
1.	PUTUL MONDAL	40	F	SELF
2.	KAMAL MONDAL	18		DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे कौन विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/वैद्यकीय से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (STICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों 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: आवेदनक 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में उल्लेखित नहीं किया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं प्रमाणित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी रूप में, पूर्णतया या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता प्राप्त करने की कोशिश नहीं करूँगा।

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 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 प्रकरण पर मेरी हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी घोषणा 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 प्रयोग करें, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिए प्रयोग करें, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली 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 & except 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.

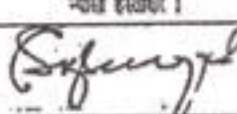
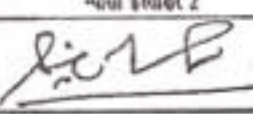
हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा हस्ताक्षर की गई "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से घोषणा करते हैं:

- 1) कि हम वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मांगेंगे, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त नहीं की जाती है। यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त नहीं की जाती है, तो हम कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि से स्पष्ट किया जाता है कि कोशिका फाउंडेशन को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने का कोई भी अधिकार नहीं है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव या प्रक्रिया का चुनाव केवल रोगी और हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश की गई प्रक्रिया को प्रभावित नहीं करता है। इसलिए हस्पताल में उपचार के चुनाव का पूर्ण और अंतिम अधिकार रोगी और हस्पताल के बीच है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तिथि</p> <p>14/11/2019</p>	<p>Dr. Ralnakshi Karan MBBS, D.O, DNB Reg. No.-63729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Subhankar Begam Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर व हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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