

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2144 APPLICATION DATE : 14/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : CHHAYA MONDAL AGE-YEARS आयु-वर्ष : 42 SEX लिंग : F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : JAGANNATH MONDAL
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता
BAG PRAMANIK HONDAL AND DAS PARA
ANDHARMANIK, CHAK NITAI, SOUTH 24
PARGANAS 70046, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता
AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2400 X 12 = 28800/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्पष्ट करें

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	CHHAYA MONDAL	42	F	SELF
2	JAGANNATH MONDAL	46	M	HUSBAND
3	GOPAL MONDAL	27	M	SON

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

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) रशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने पने विधि का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किती अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इप खेपण 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 यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रकृत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कबल सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति में हीने किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रकरण नहीं किया है, उक्त राशि का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इप 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, कबल/कबल द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने में सक्षम अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के अतिरिक्त या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित किया गया है, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इप 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संचालन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अगला किसी अन्य और सहायता संचालन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला द्वितीय पत्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संचालन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर प्राप्त और करने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई जिम्मेदारियाँ या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>31/08/2019</p>	<p>Dr. Nalinakshi Karan MBS, DO, DNB Reg. No.-63729 (Name of Hospital/Institution/Center) हॉस्पिटल का नाम या हस्ताक्षर या पता</p>	<p>Sub Senior Surgeon Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम या पता हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

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