

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2245 APPLICATION DATE : 14/04/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SUKKULI MONDAL AGE-YEARS : 74 SEX : F
आवेदन का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BADAL CHANDRA MONDAL
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KALTIKHALI, ANDHARMAK BISHANUPUR, SOUTH 24 PARAGANAS 743503, WEST BENGAL
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : HOUSE WIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1600 x 12 = 19,200 (Attach Proof of income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर घड़ी 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.	SUKKULI MONDAL	74	F	SELF
2.	MURATI MONDAL	35	F	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किति अक्षर			
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के नीचे आय का (आय का को अक्षर प्रमाण प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय का (आय का को अक्षर प्रमाण प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (आय का को अक्षर प्रमाण प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये किति का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किति अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED सी गई सहायता किति

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिंझकपूर्ण कथन अथवा गलत बयान प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं यह है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतलाया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रारूप नहीं भेज रहा हूँ, जब तक कि मेरे स्वास्थ्य या अन्य किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से मैं इसे प्राप्त नहीं कर रहा हूँ और मैं इसकी आवश्यकता नहीं कर रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टीयों को "कोशिका फाउंडेशन" के नाम पर, पते और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, कर्मचारियों द्वारा, उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिये अधिकृत करता हूँ। मेरे प्रारूप का निराला मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के उद्देश्यों से प्रचारित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को इजाजत देना मेरी इच्छा है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक 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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) वित्त प्रथम से प्राप्त या इच्छित करते हैं।
 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लक्ष्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा करार हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/अनुमति हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारा विकल्प अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अंततः वित्तीय प्रथम उक्त रोगी/रोगी के लिये और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं लेया/लेयी।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रारूप से मैं सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्तगत के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और करने जाने को सही विधि/प्रक्रिया से ही हस्तगत की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery अपेक्षा की तारीख 14/11/2019</p>	<p>Dr. Mahim Kataria MBBS, DD, DNB Reg. No.-63729 Superficial Eye, Plastic & Research Centre, (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम या हस्ताक्षर या छाप</p>	<p>Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम या पद 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>
	