

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/11119/2147** APPLICATION DATE: **14/11/2019**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **HARANI MONDAL** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **64** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: **UNNATI MONDAL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **GANGARAI, CHANDNIAT, SOUTH 24 PARGANAS AS 700103, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय: **HOUSE WIFE** MARRIED (विपणित) / UNMARRIED (अविपणित):

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **RS 1200 x 12 = 20,400/-** (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / पान संख्या: **Blank**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / हाँ / No / 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 संबंध
1	HARANI MONDAL	64	F	SELF
2	SARASWATI MONDAL	29	F	DAUGHTER
3	GITA MONDAL	24	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
--	--	---	--

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों/पुस्तिकाएं संलग्न
1.	DIAGNOSTIC - 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 / इसी हेतु सहायता की राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलत बयान/कथन अथवा सत्य कथन सत्य है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ही आ रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में परत करा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य सहायता हेतु यह उद्देश्य की पूर्ति है, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से पैसे ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक प्रारूप की पूर्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारण, प्रकाशन, प्रसारण के माध्यम से मुझे परिचित/विशेष और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रशस्ति करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्र भेजने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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 की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि हम सहायता और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता से वही और सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/परिचरित करने के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रारूप हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/परिचरित/अनुमति/प्रदान हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहायता हेतु सिफारिश करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि हमारा सिफारिश करने पर उम्मीद/सहायता हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना होगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही सहायता प्राप्त करने के लिये प्रस्ताव की है। उम्मीद पर हस्ताक्षर प्रारूप की पूर्ति करता है जिसे हमने उपरोक्त/प्रकार का प्रस्ताव देने एवं हस्ताक्षर को बीच का निशान है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश करने का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में उम्मीद के हस्ताक्षर प्रारूप और अपने पत्रों को सही दिशा/उम्मीद देने एवं हस्ताक्षर की उम्मीद और "कोशिका" की कोई पूर्ति/सहायता या सिफारिश इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख 14/12/2019</p>	<p>DR. NISHU KUMAR MBBS, D.O, DNB Reg. No.-63729 (Name of Dr & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Sankat Banchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Sankat Eye on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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