

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1119/2152 APPLICATION DATE: 14/11/2019
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MANOJ KUMAR HONDAL AGE-YEARS 55 SEX M
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JYOTISH CHANDRA MANDAL
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KHARDAH, RAHARA, NORTH 24 PARGANAS, 700118, WEST BENGAL
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
स्थायी आवासीय पता



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

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2800 x 12 = 27,600 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. SWAYI XXXX XXXX XXXX
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य 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.	<u>MANOJ KUMAR HONDAL</u>	<u>55</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>SUNITI HONDAL</u>	<u>82</u>	<u>F</u>	<u>MOTHER</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (आय पर जो चिह्न चिह्नित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर जो चिह्न चिह्नित करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर जो चिह्न चिह्नित करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिखित सूची संलग्न
1.	<u>DIAGNOSTIC - CATARACT - RE</u>
2.	<u>SURGERY - RE (SILICST IOL)</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिये 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: 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रिक्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या नहीं है, उक्त राशि को मुझे के लिये प्राप्त करने, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने आगे कोई भी सहायता प्राप्त करने की नहीं है, उक्त राशि का आर्थिक या सहायता प्राप्त करने के लिये अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न 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 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक पत्र पर "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित करने, प्रकाशित करने, प्रकाशित करने, प्रकाशित करने, प्रकाशित करने, प्रकाशित करने के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्ड के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित किया जा सकता है: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उक्त अधिकृत 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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त करने या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिये अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पसंख्यक हितों पर उक्त रोगी/रोगी के हितों को प्राथमिकता दी जाएगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता के लिये सिफारिश करता हूँ। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा मेरी सहायता या किसे मेरे रोगी/रोगी का चुनाव करने एवं हस्ताक्षर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी के हितों को सुरक्षित रखने और मेरे काम को सही दिग्दर्शन देने एवं हस्ताक्षर को सही और "कोशिका फाउन्डेशन" को सही दृष्टिकोण का दिग्दर्शन देना चाहते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery अपेक्षा की तिथि</p> <p>14/11/2019</p>	<p>Dr. Nalinakshi Karan MBBS, D.O, DNB Reg. No.-63729 Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम या हस्ताक्षर या छाप</p>	<p>Sub S. Karan Bagchi Director Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम या हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--