

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **k/11119/2160**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: **14/11/2019**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **ANILA MONDAL**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **74** SEX **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **SATYENDRA NATH MONDAL**
पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS **KALMICHALI, SOUTH 24 PARGANAS 743505 WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**

OCCUPATION: **HOUSE WIFE**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **RS 1900 x 12 = 22,800**

(Attach Proof of Income)
(अनुप्राप्त प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. **उपरोक्त खाली**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो यहाँ हो उस पर सही का निशान लगायें):

Yes / NO
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. | ANILA MONDAL | 74 | F | SELF |
| 2. | GIYA MONDAL | | | DAUGHTER |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे उपलब्ध पर (प्रमाण पर की छाया प्रती संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपलब्ध पर (प्रमाण पर की छाया प्रती संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रती संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण |
|--|--|---|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लक्ष्य करने का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रती संलग्न |
|------------------------|---|
| 1. | DIAGNOSIS — CATARACT — LE |
| 2. | SURGERY — LEISICS + IOL |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से प्राप्त क्या है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इत घोरत 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 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 निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इस बात से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करने के लिए ही प्रयोग में लाया जाएगा।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में इस मदद के लिए, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं लेऊंगा और न ही किसी से लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इत घोरत):

- 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 (अर्शेक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। इस प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे अंगूठे के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित नहीं किया जा सकता है।
 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिए प्रकाशित करने का अधिकार कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसे के पास होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इत घोरत):

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:

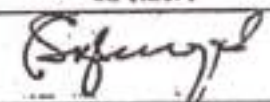
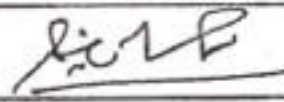
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

हस्ताक्षर करके, हमारा अधिकृत अधिकारी कोशिका फाउन्डेशन को इस मामले के लिए वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए सहमत है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं, बल्कि हम कोशिका फाउन्डेशन से ही सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि कोशिका फाउन्डेशन से सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम यह भी सुनिश्चित करते हैं कि कोशिका फाउन्डेशन को हमारे मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।
 2) कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चयन रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और कोशिका फाउन्डेशन का कोई भी प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल को उपचार के चयन और सुरक्षा के लिए पूरी जिम्मेदारी लेनी होगी और कोशिका फाउन्डेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृति के लिए संस्तुति

| | | |
|---|---|---|
| <p>Date of Surgery अभियोग की तिथि 14/11/2019</p> | <p>Dr. Nandkumar... MBBS, D.O, DNB Reg. No. - 83729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p> | <p>S. Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory 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 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> |
|  |  |