

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/111/9/2207 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 16/11/2019

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : SHANTI MONDAL AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 70 SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : KALIPADA MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासस्थान पता : PURBA RAMNATHPUR, SOUTH 24 PARGANAS, 74355, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासस्थान पता

AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय : HOMEMAKER MAJURED (विधवा) / UNMAJURED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS 1700 x 12 = 20,400/- (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / पान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / हाँ / No / नहीं

आप आय कर दाता हैं (जो अन्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

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.	SHANTI MONDAL	70	F	SELF
2.	TAPAN MONDAL	47	M	SON
3.	KRISHNAMOY MONDAL	45	M	SON

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) / एप्ले कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / एयूएस सीटी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु लिये गये निती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप से कथन अथवा सत्य बात है उसे भेटी सहायता निरस्त भी जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग सही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं है, उस प्रति का आर्थिक या प्रकृत डिग्री किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से या जो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक घोषणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् पत्रों, पत्र, संचारण/प्रसारण के माध्यम से मुझे विविध विधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता के प्रस्ताव करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे पता: सहायता का हस्ताक्षर जो बचता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अमान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से सहमत व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरदिष्ट/असफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाय है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता हेतु किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता वित्तीय प्रकृत उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं सहायता ली।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इच्छा अनुसार और गरीब जाने की सही विधि/रोगी रोगी एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका" की कोई भी प्रकृत या विधि/रोगी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>16/11/2019</p>	<p>Dr. Nalinakshi Karan MBBS, D.O. DNB Reg. No. 83728 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Sistrul Eye Foundation & Refraction Centre</p>	<p>Shib Shankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Sistrul Eye Foundation & Refraction Centre हम या पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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