

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/11119/2237 APPLICATION DATE : 18/11/2019

NAME of APPLICANT : SAHADEB MAL AGE-YEARS : 54 SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KHANDA MAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : MATIJADDA, METELA, BIRBHUM
781128, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : CONTRACT LABOURER MAJURED (निवृत्त) / UNMAJURED (जीवित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2400 X 12 = 28800/- (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

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

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	SAHADEB MAL	54	M	SELF
2.	KHANDA MAL	51	F	WIFE
3.	WANESH MAL	23	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

EPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SI'S + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया जायेगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने आगे नहीं जाया है, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक के रूप में "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट, फंड, चर्चा/प्रचार द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रचारित करने के लिए सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट/चर्चा/प्रचार के लिए अतिरिक्त और सहायता नहीं दी जायेगी।

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता देने की "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं:

- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता से नहीं ले रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सहायता के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सहायता हेतु सकारात्मक नहीं किया जाता है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाय है कि अलग-अलग सहायता हेतु सहायता के सहायता हेतु किसी अन्य सहायता से किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसे केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के उद्देश्य से प्रचारित करने के लिए सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी सहायता या सहायता इस सहायता से नहीं दी जायेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि</p> <p>18/04/2019</p>	<p>Dr. K. G. ... MBBS, D.O., ... Reg. No. ... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>(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>