

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/1219/2887	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	07/12/19
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	SAGAR BALA MONDAL	AGE-YEARS आयु-वर्ष	69
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम	PREMCHAND MONDAL		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
ANDULBERDA, GOLAPARA, MURSHEDABAD 742189, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता			
- AS ABOVE -			



OCCUPATION : व्यवसाय	HOME MAKER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	RS 1400 x 12 = 16800/-	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)	
PAN No. स्वयं का PAN संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उक्त पर सही का निरूपण करें)		Yes / No हां / नहीं	<input type="checkbox"/> / <input checked="" type="checkbox"/>

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.	SAGAR BALA MONDAL	69	F	SELF
2.	PARTHIVYA MONDAL	44	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को ज्ञापन प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को ज्ञापन प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को ज्ञापन प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाना से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (LCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिख गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एवं प्राप्त 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य ज्ञान अथवा सच बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र में है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

- 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) अपनी सहमति को ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" पत्र, पत्रिका, पत्र, वक्तावली, पुस्तक, उत्सवों में प्रदर्शित करें और उपरोक्तों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न हो सकेगी। इस प्रकार का विवरण मेरी सहमति के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रकाशित नहीं किया जा सकता।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरी सहमति के प्रकाशित करने से मेरी सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" पत्र, पत्रिका, पत्रिका, पत्र, वक्तावली, पुस्तक, उत्सवों के प्रदर्शित करने से मेरी सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" पत्र, पत्रिका, पत्रिका, पत्र, वक्तावली, पुस्तक, उत्सवों का विवरण प्रकाशित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & except 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वह हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करेगा है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से हम घोषणा करते हैं कि हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर करने वाले का चयन करने का पूर्ण अधिकार हमें है। हमें सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर करने वाले को सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका" को कोई भी भविष्य या भविष्य में सहायता प्रदान करने का अधिकार नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Diptesh Das

होस्पिटल के लिए सहायता

Shib Sankar Bagchi

Director

Koshika Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

हमारे द्वारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Reg. No. - 54686 (WBMC)

M.B.B.S., D.O.

Specialist in Internal Medicine

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
07/12/18

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2