

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K/0120/3008** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **3/1/2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **SITANATH MANDAL** AGE-YEARS / उम्र-वर्ष : **68** SEX / लिंग : **F**

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : **PINAKANESWAR, MAISHERTARA, VITTA BANURLA, NORTH 24 PARGANAS 743205, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION / व्यवसाय : **HOME MAKER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **RS 1500 X 12 = 18000** (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. क्या है / हाँ या नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय का दाता हैं (जो मध्य हो उद्यम पर करी का विवरण संलग्न) Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1.	SITANATH MANDAL	68	F	SELF
2.	ROYAL MANDAL	35	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए निम्न आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे आय पर (प्रमाण पत्र की साथ प्रेषित करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग आय पर (प्रमाण पत्र की साथ प्रेषित करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रेषित करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basic Proof / अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे मने निम्न का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता (जहाँ अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो)

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ही मने सहायता पत्री

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं द्वारा की जायता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ही का रही है, इसका उपयोग सही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पाया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं आगामी समय में या भविष्य में कभी भी, इस प्रति का अधिक या उचित प्रिया विद्यो अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 (आवेदनक) अपनी छावनी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते और मेरे विवरण इस प्रकरण में शामिल हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारण, प्रकाशित करने के लिये उद्देश्य से मुझे प्रतिक्रियाओं और सहायताओं के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रवर्धित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निरास सही उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व ग्वाही अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रवर्धित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त ग्वाही का निरास अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरान



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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की अंगूठे से सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रस्ताव से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु सहायता नहीं की जायता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता वित्तिय प्रकरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेया जायेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रवृत्ति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निरास है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज द्वारा और अपने चर्चे की सही विवेकपूर्ण रोगी एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या विवेकपूर्ण इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery कार्यक्रम की तारीख</p> <p>3/1/2020</p>	<p>Dr. Priyanka Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. - 71335 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Dr. Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

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