

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K10120/3253
आवेदन संख्या :
APPLICATION DATE : 11/1/2020
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ASIT MONDAL
आवेदक का नाम
AGE-YEARS आयु-वर्ष : 52
SEX लिंग : M

FATHER/SPOUSE'S NAME : NAGENDRANATH MANDAL
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
MUSLIMAN PARA PURBANGSA HAITE
BHATTACHARYA PAKA 3 BASIRHAT NORTH
24 PARAGANAS 743013, WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
AS ABOVE



OCCUPATION : FARMER
व्यवसाय
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1600 X 12 = 19,200/-
कुल वार्षिक आय
(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. :
आय कर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आय कर देयक हैं (को मन्त हो उस पर चिह्न लगावे)
Yes / NO
हां / 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 सम्बन्ध
1.	ASIT MONDAL	52	M	SELF
2.	ASITTY MONDAL	54	F	WIFE

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे आय पर (आय पर को कब तक प्रमाणित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर को कब तक प्रमाणित करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (आय पर को कब तक प्रमाणित करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाने से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STC 3 + 10L)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वांर 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज किया जा सकता है।
- 2) मैं प्रमाणित करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूरने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने आगे से किसी भी प्रकार की मदद, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वांर करार)

- 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/post-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 में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को प्रमाणित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रयोग कर सकें, "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई मदद के लिए मेरी पहचान के लिए और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के अतिरिक्त या अलग मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना प्रमाणित करने के अतिरिक्त मैं मुझे मदद: आगे से प्राप्त करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई मदद के अतिरिक्त और अलग-अलग स्रोतों से प्राप्त करने के लिए अधिकृत नहीं हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 & 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आवेदनकर्ता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रमाणित करने के:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के अतिरिक्त "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने या किसी अन्य सहायक स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता सिफारिश करने पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकते हैं।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम (हॉस्पिटल) द्वारा ही प्राप्त करना है और हमें अपने रोगी/रोगी का पूर्ण उत्तरदायित्व और सुरक्षा के लिये हमें अपने रोगी/रोगी के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश/सिफारिश का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमें सहायता लेने के लिये सहायक स्रोत और अपने अपने को नहीं सिफारिश/सिफारिश करने के लिये "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 11/1/2020	Dr. Prasad Chaturvedi (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2