

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K10120/3289 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 13/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : SAJALENDU MAZUMDER AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 66 SEX / लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रिय का नाम : LATE MUKUL BAHARI MAZUMDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : 113/1 MM FERDER ROAD, KAMARHATI, NORTH 24 PARGANAS DISTRICT, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय : UNEMPLOYED MARRIED (वियोगित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. / पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो खान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगायें) Yes / No हाँ / नहीं

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.	SAJALENDU MAZUMDER	66	M	SELF
2.	SONIETA MAZUMDER	61	F	DAUGHTER
3.	SURESHA MAZUMDER	36	F	DAUGHTER
4.	SANTA MAZUMDER	60	F	WIFE

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Bank/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कहां अन्य स्रोतों से लिया गया 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: (अर्पणक द्वारा कथन 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 कथन 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 सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का यकीनपूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से लेना चाहता हूँ, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भूषण का है।
- 3) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा कथन)

- 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-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 बायाँ की उंगल का छाप देकर, मैं (अर्पणक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण करने के लिये और अन्य माध्यमों से मेरे विवरण को प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि वे मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद नहीं लेंगे।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग किया जा सकता है सहायता का इंतजार नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा किये गये निर्णय और कार्रवाई को स्वीकार करने के लिये मैं तैयार हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणक का हस्ताक्षर या बायाँ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कथन)

- 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.
- हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर की और से हमने आपकी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से भय न प्रकट करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु उम्मीद की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने पर उम्मीद/आपने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं की जाएगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता का चयन रोगी का चयन रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और उसे करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारियाँ हस्ताक्षर से नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये सिफारिश

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/11/2020</p>	<p>Dr. K. G. ... MBS: DR. ... Reg. No. 50871 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Slit Banker Beach ... (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 भरोदार 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2</p>
	