

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 1K/0120/3690 APPLICATION DATE: 27/11/2020
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : BIMALA MAHATO AGE-YEARS उम्र-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 67 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BUDHESHWART MAHATO
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
CHARA GIDPA, SOUTH 24 PARGANAS 743529,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
AS ABOVE



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

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

PAN No. जारी खाता संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): 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 सम्बन्ध
1.	BIMBALA MAHATO	67	F	SELF
2.	SHYMAL MAHATO	38	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर ही छाप डाली संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर ही छाप डाली संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पर ही छाप डाली संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाविवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — (LE (SIES + 2OL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये 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: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
 - 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.
 - 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन अज्ञात पाया जाये है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मेरी सहायता "कोशिका फाउंडेशन" से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य की नहीं है, इस धरती का कौनसे भी प्रकार के अलग-अलग स्रोतों से या से सहायता की और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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.
 - 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 (आवेदक) अपनी छवित्त को घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रसारित करें, इसे "कोशिका" पत्र, पत्रिका, वेब, ऑनलाइन माध्यमों से सुदूर परिचित करने और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के प्रचार करने के लिये अधिकृत करें। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के अंतर्गत या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित करने से सहायता का इंतजार नहीं करना। इस मामले में "कोशिका" पत्र, पत्रिका, वेब, ऑनलाइन माध्यमों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक 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 & accept following:

- 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.
- 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समारोहों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पिटल) वित्त प्रकरण से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा करार हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/नकार हेतु मन्सूर नहीं किया जाये है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाया है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउंडेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पिटल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिये हस्पिटल में रोगी के इलाज शुरू और अंत करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पिटल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारिता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकारणीय के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 27/11/2020	Dr. Priyansha Chandra M.D. DNB Reg. No. 78205 (Name of Dr & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shilp Kumbhar Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद, हस्पिटल अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग हेतु

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