

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0120/3694 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 27/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: MENKA MAHATO AGE-YEARS उम्र-वर्ष: 54 SEX लिंग: F

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



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: KEDAR BISWAS PARA, CHARABIDYA, BISHNUI, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: AS ABOVE

OCCUPATION / व्यवसाय: HOUSE WIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 1900 x 12 = 22800 (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / पैन संख्या: ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हा / 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.	MENKA MAHATO	54	F	SELF
2.	MANA MAHATO	25	F	DAUGHTER
3.	SAHJAN MAHATO	59	M	HUSBAND

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रत्यक्ष पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SLCSTIOL)

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

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / शी गई 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वास्तविकता से भिन्न या झूठा पाया जाता है तो मेरी सहायता रिक्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से यदि सहायता मिलती है, तो केवल उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग की जायेगी, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग विवरण किसी अन्य प्रोवेंडोर/रोक/बीमा कम्पनी से या उसे प्राप्त है और मैं ही अधिकारी हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 का अंतिम इलाका या अंतिम की जाय सफलता, मैं (आवेदक) अपने स्वयंसेवक को सुविधा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में बतलाया है, उसे "कोशिका" एवम् अन्य, दान, धरणा/पत्र द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को दिलों दिलों को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाके के पत्रों या कार्ड में प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का इलाका नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके भरोसे का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं तलुके का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:
- 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 और से योग्य/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) वित्त प्रकरण से स्वयं व स्विकार करते हैं।
- 1) यह कि मैंने स्वयं और मैं ही अधिकृत में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से नहीं मांगी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/अवकाश हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुविधा में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैंने सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही मैंने सहायता या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने अपने की जाती जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होती है और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षा की तारीख 27/11/2020	<p>Dr. Priyanka Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. 12345 Sustained (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका व छाप</p>	<p>Shilpa Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2