

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K10/20/5774 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 29/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : SANISHAR ALI MAHDAL AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 62 SEX / लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ब का नाम : RATAN MAHDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

KESHAPUR, NORTH 29 PARAGANAS 743178, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS 2100 X 12 = 25200/- (Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / पैन संख्या : Blank  
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ) : 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 से क्या संबंध
1	<u>SANISHAR ALI MAHDAL</u>	<u>62</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2	<u>FAROUK REHMAN MAHDAL</u>	<u>32</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
3	<u>FATIMA BEGUM</u>	<u>34</u>	<u>F</u>	<u>WIFE</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रक्षा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु 20 वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार
--	--	--	--

\*PURPOSE\* for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे करने विषय का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से काटे की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	<u>DIAGNOSIS - CATARACT - RE</u>
2	<u>SURGERY - RE (S/ST/2020)</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के 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 / एकी गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इण फॉर्म 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 पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो उसे मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस मद में सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रकरण नहीं हूँ, उस मद का अधिकतम या प्रत्येक विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इण फॉर्म)**

- 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 अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अर्शेक सहमति को पृथक् करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में संलग्न हैं, उसे "कोशिका" एनएफओ, डॉ. सचल/डॉ. सुनील द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सफलता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग मेरी इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से भरोदा अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि वेदना, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्य से संलग्न हैं पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएफओ भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल इण फॉर्म)**

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 ओर से भरोदारों/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से उम्मा लेने/पाने में लगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उम्मा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/अस्वीकार हेतु मंजूर नहीं किया जाय तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पृथक् में स्पष्ट कहा जाय है कि हम सहायता द्वितीय भरण उम्मा लेने/पाने हेतु किसी भी रोगी/रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से नहीं लेने/पाने।

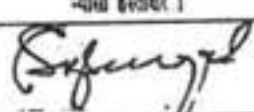
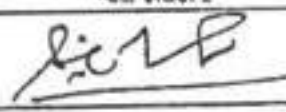
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हम सहायता प्रदान की जाय किसे मैंने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हम सहायता के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हम सहायता में रोगी के इच्छा सुरक्षा और मान्यता को सही विनियमों रोगी एवं हम सहायता को हॉस्पिटल और "कोशिका" को कोई पृथक् या विनियमों इस मामले में नहीं होंगे।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्शेक की तारीख  29/1/2020	Dr. Priyansha Chatterjee MBBS, DNB Ret. No. - 70555 (Name of DE & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छिद्र	Shri. Sanjay Bagchi Senior Lecturer Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम या पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदा हस्ताक्षर 1  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदा हस्ताक्षर 2  
--	---