

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/020/3780 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 29/11/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : SABITA MUNDA AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 57 SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम : SUKUMAR MUNDA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता
PHAJTA, BASILSHAT, NORTH 24 PARAGH
NOS 743445, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS. 2000 X 12 = 24000/- (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / सर्वोत्तम संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएँ): Yes / हाँ / No / 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	SABITA MUNDA	57	F	SELF
2	SUKUMAR MUNDA	71	M	HUSBAND
3	HAARI MUNDA	39	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

"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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICST 100)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इण कएल गऽ)

- 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 कएल गइल कि ई फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कएल गइल बावजूद भी मैंने कोई गलत बयान दिये तो मैं उत्तरदायी हूँ।
- 2) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक यकीन रखता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में उक्त है।
- 3) मैं यहाँ कएल गइल हूँ कि मैं भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई सहायता लेऊँ और न ही बीमा लेऊँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इण कएल)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी छवि और "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और मेरे विवरण इस फॉर्म में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" एनपीआई, ऑनलाइन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों से मेरी छवि और विवरण का उपयोग करके कोशिका फाउंडेशन के लिए धन募集 और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या मेरे द्वारा प्राप्त की गई छवि या विवरण का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एनपीआई के न्यासियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इण कएल)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ/यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से यकीन व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय/वित्तीय सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि/प्रक्रिया हेतु सहायता नहीं प्रदान की जाती है तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा वित्तीय मदद उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी रोगी के मामले में नहीं लेते/लेती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही चिकित्सा या चिकित्सा उपचार का चुनाव होता है एवं हस्पताल को रोगी का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज चुनना और उसे करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 29/1/2020	Dr. Priyanshu Chatterjee MBBS, DNB Regn. No. - 70555 Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप	Dr. Shreshth Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्शेक इण कएल

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	