

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K10/20/3831 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 31/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: SHYAMALI MONDAL AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: 50 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुण्य का नाम: BIREN DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: GOANPURA, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय: HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: RS 17000 x 12 = 204000 (Attach Proof of Income) (आय का सबूत प्रस्तुत करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हां / 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 संबंध
1	SHYAMALI MONDAL	50	F	SELF
2	SATYANANDA MONDAL	23	M	SON
3	MODHURITA MONDAL	25	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विचारों का उद्देश्य:

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

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 एवं प्राप्त 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 एवं कथन अशुद्ध पाया जाता है तो सभी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं चिकित्सा सेवा प्राप्त कर रहा हूँ। इसका उपयोग किसी अन्य स्रोत से नहीं किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस प्रकरण की राशि, इस चिकित्सा या सहायता के लिए अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही बीमा से ले सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 is final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर आवेदक द्वारा घोषणा की जा रही है, मैं (आवेदक) अपनी छाप/बायाँ हाथ की छाप लगाऊँगा हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारण, प्रसारण, प्रसारण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के पत्रों या पत्रों में प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित किया जा सकता है। सहायता का इंतजार नहीं करता। इस घोषणा में "कोशिका" द्वारा प्रेषित भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



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 ओर से अनुमोदित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से उभर लेने के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। हम घोषणा करते हैं कि हमें सहायता प्रदान करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। हम घोषणा करते हैं कि हमें सहायता प्रदान करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ। मेरी या हमें सहायता प्रदान करने के लिए मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी ही इच्छा से किया जा रहा है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें सहायता प्रदान करने के लिए सुरक्षित और अपने नाम की सही जिम्मेदारी लेनी है। हमें सहायता प्रदान करने और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी प्रदान करने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 31/1/2020</p>	<p>Dr. Mohanraj DNB MBBS, DNB Reg. No. - 03779 Sri Sri Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप</p>	<p>Shib Sankar Bagchi Director (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>
	