

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: 16/0120/3834 APPLICATION DATE: 31/1/2020
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: GHOURI MANDAL AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 55 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: SUDHANNA MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता
PATASHAKA, HINDIPI GHAT, NORTH 24
PARGANAS 743430, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सर्वे आवासीय पता
— AS ABOVE —



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

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 18000 x 12 = 216000 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. / सर्वे आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): 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 के साथ संबंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1 | <u>GHOURI MANDAL</u> | <u>55</u> | <u>F</u> | <u>SELF</u> |
| 2 | <u>DEBASIS MANDAL</u> | <u>27</u> | <u>M</u> | <u>SON</u> |
| 3 | <u>THAKURDAS MANDAL</u> | <u>23</u> | <u>M</u> | <u>SON</u> |

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु करने वाले कितनी का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1 | <u>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</u> |
| 2 | <u>SURGERY — RE (SICS + IOL)</u> |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रिक्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त होगी, जो केवल उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पट्टा पत्र है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस प्रकरण की राशि, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही बीमा में भूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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/post-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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) स्वयं सहमत हो चुका हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, छाप, प्रसारण एवं अन्य उद्देश्य में मुझे प्रोत्साहित करने के लिये किया जा सके। इस प्रकरण में मेरी सहायता के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त होगी।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रकाशित किया जा सकता है। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा सहायता प्राप्त करने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

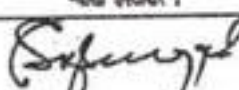
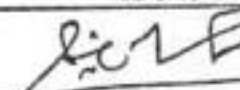
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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 सन्तरी-रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के अन्तर्गत "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अनुमति हेतु सहायता नहीं मिलती है तो हस्पताल को सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही गैर-वित्तीय सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही गैर-वित्तीय सहायता का चुनाव होता है एवं हस्पताल को रोगी का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य सहायता की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

| | | |
|--|--|---|
| <p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 31/1/2020</p> | <p>Dr. NARESH KARAN MBBS/DO, DNB Reg. No.-63729 Special Eye Foundation & Research Centre हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप</p> | <p>Shib Sankar Barick (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|--|--|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|--|---|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>  | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>  |
|--|---|