

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : 2/10/20/3835 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 31/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : PANCHU MANDAL AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 60 SEX / लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्न्या का नाम : SOBAPAD MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : SARAFERIA, PIGARHATA, SANDESHKHALI, NORTH 24 PARGANAS 743328, WEST BENGAL



PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता : — AS ABOVE —

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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS. 24000 X 12 = 28800 (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. / सर्वोच्च खाता संख्या : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / नहीं

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	PANCHU MANDAL	60	M	SELF
2	SABHADEB MANDAL	85	M	SON
3	MAHADEB MANDAL	24	M	SON
4	BTNAMUNDA	22	F	DAUGHTER
5	BTNA MONDAL	20	F	DAUGHTER
6	GANGE MONDAL	53	F	WIFE

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की प्रतिलिपि संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु आय वर्ग उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की प्रतिलिपि संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (उपलब्ध पर की प्रतिलिपि संलग्न की)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये विनोद 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 (SILESTIOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED 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 AWAIRED / एतु गत सहायता धरती

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/employee/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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का आश्वासन देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार कभी भी, इस मदद का व्यतिक्रम या इसका विनाश किसी अन्य प्रायोजक/कर्मचारी/बीमा कंपनी से न ले सकेगा और न ही परिवार में से कोई भी।

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 fulfilment 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रसारित करें, इसे "कोशिका" एवं अन्य माध्यमों, छाप, प्रसारण/प्रकाशन, इत्यादि के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत करें और/या इसकी जानकारी को प्रसारित करने के लिये अधिकृत करें। इस प्रकरण का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पत्रों या कार में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से 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 स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.
- हस्ताक्षर अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वयं को 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 उदाहरण के लिये किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिये लेने का हमें कोई भी अधिकार है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अधिकृत प्राप्त करके "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि स्वीकार/नकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अर्थ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उदाहरण के लिये किसी भी रोगी/रोगी के मामले में नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही वह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्तगत मुद्रा और अपने जाने की सही जिम्मेदारी लेने एवं हस्ताक्षर की ओर और "कोशिका" को कोई भी पुष्टि का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery संज्ञा की तारीख 31/1/2020	<p>Dr. Nalankshi Karan M.S. D.O. DNB Reg. No. - 83729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर यंत्रिका</p>	<p>Ghish 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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्येष्ठ हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नवौ हस्ताक्षर 2
	