

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **N/0120/3871** APPLICATION DATE : **4/01/2020**
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **PRAMILA MONDAL** AGE-YEARS **70** SEX **F**
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **SHYAMAPADA MONDAL**
पिता/पति का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान आवासीय पता**
HASARPUR, KATICHANDI, DAULATABAD,
MURSHIDABAD 742302, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **स्थायी आवासीय पता**
- AS ABOVE -

OCCUPATION : **HOME MAKER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **RS 1800 * 12 = 21600/-** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. क्या है? **ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):** 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 के साथ सम्बन्ध
1.	PRAMILA MONDAL	70	F	SELF
2.	JAPAN MONDAL	44	M	SON
3.	SAPAN MONDAL	39	M	SON
4.	SARASWATI HALDER	47	F	DAUGHTER
5.	JAYATI MARIYO	55	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु विधि मर्गे विधि 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 (SCS + IOL)

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 वही वर्ष सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान चरण 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 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 यहाँ पर घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से ही या सही है, उक्त सहायता सही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किताब करूँगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु या उद्देश्य की पूर्ति हेतु, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या उसे लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान चरण)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदन चरण की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारित करने के लिये मेरी छवि और विवरणों को प्रसारित करने के लिये किसी भी माध्यम का उपयोग कर सकते हैं, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए शामिल है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदन दान चरण की छाप या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान चरण)

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 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 करके, हमारे द्वारा प्रमाणित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) वित्तिय सहायता से अन्य स्रोत से सहायता नहीं लेंगे।

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त करेंगे जो कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की जाती है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता प्राप्त करने के लिये माँगा गया है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिये अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि कोशिका फाउंडेशन को सहायता प्रदान करने का कोई भी अधिकार नहीं है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर दान की पूर्ति के लिये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर दान के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर दान के लिये हस्ताक्षर दान और अन्य स्रोत की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर दान की होती है और "कोशिका" को कोई भी दखल नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/01/2020	Dr. Diptesh Das Reg. No. - 68194 (WBMC) M.B.B.S., D.O. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi Director Shank Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	