

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0820/0008
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 10/08/2020
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : U Pal Mondal
आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष : 40
SEX लिंग : Male

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Gopal Mondal
पिता/कन्या का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Arbelka North 24 Parganas
- 743401 West Bengal.
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता
DO

OCCUPATION : Unemployed
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 3000 (per month)
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का दाय्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्पष्ट छाप संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाख हैं (जो मान्य 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 सम्बन्ध
1	U Pal Mondal	40	Male	SELF
2	Rina Mondal	36	Female	WIFE

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रती संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रती संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रती संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई दाय्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - (RE) Corneal opacity (LE) SUB TOTAL RD. Treatment - PPV + IBS + ED + EL + SOT (LE) UNIA

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 ती गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सच बात है तो मेरी सहायता रिजक्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस प्रकरण के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता ले रहा हूँ, इसका उपयोग केवल उक्त उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी प्रकार से अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिजक्त होऊँगा और न ही पैसे का उपयोग करूँगा।

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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों को अपने नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण का उपयोग करने की अनुमति दे रहा हूँ। कोशिका फाउन्डेशन को मेरे नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण का उपयोग करने की अनुमति देना आवश्यक है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण का उपयोग करने के लिए कोशिका फाउन्डेशन को पूर्ण अधिकार है। कोशिका फाउन्डेशन को मेरे नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण का उपयोग करने की अनुमति देना आवश्यक है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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.

- हस्ताक्षर करके, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता कोशिका फाउन्डेशन को इस मामले/रोगी को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे हस्पताल और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से लेनी या लेने का कोई प्रयास होगा। कोशिका फाउन्डेशन को सहायता देने के लिए हमें कोशिका फाउन्डेशन से सहायता लेनी चाहिए। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता लेनी चाहिए।
- 2) कोशिका फाउन्डेशन की सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रकरण के लिए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे हस्पताल के चिकित्सकों का है और कोशिका फाउन्डेशन को इस प्रकरण में कोई भूमिका नहीं है। कोशिका फाउन्डेशन को सहायता देने के लिए हमें कोशिका फाउन्डेशन से सहायता लेनी चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/08/2020	Dr. Sangeeta Roy MBBS MD, FICO Reg. No. 53434 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Srinet Eye Centre नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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