

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0820/0011 APPLICATION DATE: 25.08.2020
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : TULURANI MODAK AGE-YEARS आयु-वर्ष 48y SEX लिंग Female
आवेदक का नाम

FATHER/SPOUSE'S NAME : Lt. SUREN MODAK
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Ghota, Block-e, Road No-12, Sodepur
KOLKATA - 700110, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

SAME



OCCUPATION : HOUSEWIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 96000/- / Per annum (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्त हो उस पर छापी का निशान लगायें)

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.	Tulurani Modak	48y	F	Self
2.	Sanjay Modak	32y	M	Son

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

EPL Card (Attach Card Copy) मण्डली रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी जड़ि संलग्न करें)	EYS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी जड़ि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी जड़ि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिखे वरने विधायी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - vitreous Haemorrhage
	Treatment - PPV + BBK + EO + ELT + IOL PFCL + AURORETI INJECTION Un LA - RE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता प्राप्त अन्य स्रोतों के लिये क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं यह चिकित्सा, उपचार उपकरण वही उपकरण की पूर्ति को लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना आवेदन हेतु यह प्रत्येक को नहीं है, इस दवा की खर्च या उपकरण किता भी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रयोग हों, जहाँ "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उपचार/उपकरण वही उपकरण से पूर्ण की जायेगी और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार का भुगतान नहीं किया जायेगा। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या घर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना आवेदन के उपकरणों से प्रयोग हेतु अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न

(Handwritten signature)

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आवेदन हेतु विवरण को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायक किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से वसूली/पुनर्प्राप्ति से लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण/उपकरण वही उपकरण से लिये या ले रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उपकरण किता भी अधिकृत/पुनर्प्राप्ति हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से आवेदन लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आवेदन प्रितीप पर उक्त उपकरणों हेतु किसी भी प्रकार का भुगतान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेया जायेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/उपकरण का चुनाव उपचार एवं उपकरण के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में उपचार उपकरण और अंगूठे को जारी किया/पुनर्प्राप्ति हेतु हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या विवरण इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>25/04/2018</p>	<p><i>(Signature)</i> MBBS, D.O, DNB, F.V.S, I.CO (UK) Reg. No. 58525 Sriyal Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप</p>	<p><i>(Signature)</i> Shib Sankar Dasgupta Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जान व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Signature)</i> Dr. Prasenjit Mondal MBBS, D.O, F.V.S Reg. No. 13759019 Sriyal Eye Foundation & Research Centre</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Signature)</i></p>
--	--