

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1017/1004

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05.10.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

PRADIP MONDAL

AGE-YEARS अनु-वर्ष

56

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

CHARAN MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

POBER MAHAR PARA, ROBER, PASCHIMANGSHA,  
GABIRHAT, NORTH 24 PARGANAS, 743912,  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

CONTRACT LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS. 1800x12 = 21,600/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | PRADIP MONDAL                                     | 56                         | M              | SELF                                            |
| 2.                     | KANCHAN MONDAL                                    | 50                         | F              | WIFE                                            |
| 3.                     | PROSANTA MONDAL                                   | 27                         | M              | SON                                             |
| 4.                     | PROBIR MONDAL                                     | 24                         | M              | SON                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे सपे विवरी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                    |
| 2.                     | SURGERY - RE (STES + 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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

# DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 यकीन करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अलग पत्र यात्रा है तो वे भी सत्यता प्रमाण की जा सकती हैं।
- 2) मैं इस को सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन", से ले जा रहा हूँ, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में कहा गया है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रत्येक की नहीं है, उस रकम का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य फोर्म/रोक/बिमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा वार्ता)

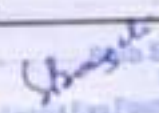
- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" सत्यता प्रमाण, पत्र, सत्यता प्रमाण हेतु उद्देश्य से मुझे निविदाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सत्यता से प्रमाणित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इस का विवरण भी इसमें जो पता या नाम मैं करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यायीय अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" सत्यता प्रमाण न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

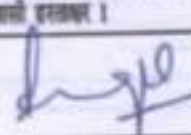
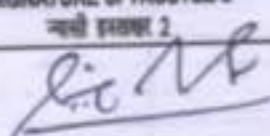
अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा वार्ता)

- 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रमाणित करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु सत्यता प्रमाणित नहीं है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।
  2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले जाई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के उपचार गुण और गति को सही निम्न/रोगी रोगी एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या निम्न/रोगी इस सम्बंध में नहीं होगी।

| RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)<br>संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त या निराकरण सहायता) |                                                                                                                                                                                                                | ACCEPTANCE<br>सत्य                                                                                                                                                                                                                                                                 | REJECTION<br>निरस्त |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Date of Surgery<br>अपरेशन की तारीख<br>05.10.18                                                              | Dr. Aluk Agrawal<br>MBBS, MS, FRCS, FRCS(Ed), FRCS(S), FRCS(Plast)<br>Reg. No. 34760<br>Koshika Eye Foundation & Research Centre<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप | <br>Dr. Sankar Bagchi<br>Director<br>Koshika Eye Foundation & Research Centre<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |                     |

## FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक उपकरण हेतु)

| SANCTIONED<br>सत्य | REJECTED<br>निरस्त | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यायीय हस्ताक्षर 1                                       | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यायीय हस्ताक्षर 2                                         |
|--------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |                    |  |  |