

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : K/1218/189 C APPLICATION DATE 11/12/18

NAME of APPLICANT: TARA MONDAL AGE-YEARS 63 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOPAL MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KHAMARPA, KALKAHA HOSE, WEST BANGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS

| Sr. No. | Name of Family Member | Age (Years) | Gender | Relation with Applicant |
|---------|-----------------------|-------------|--------|-------------------------|
| 1.      | TARA MONDAL           | 63          | F      | SELF                    |
| 2.      | GOPAL MONDAL          | 25          | M      | HUSBAND                 |
| 3.      | SONJIB MONDAL         | 29          | M      | SON                     |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

|                                                                     |                                                         |                                                     |                       |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------|
| BPL Card (Attach Card Copy)                                         | EWS Certificate (Attach Certificate Copy)               | Ration Card (Attach Copy)                           | Any Other Basis/Proof |
| महोदय रीखा के, दीर्घ प्रमाण पर (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें) | आय आय कर प्रमाण पर (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें) | उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें) | अन्य कोई प्रमाण       |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

| Sr. No. | Medical Reports/Prescriptions Attached |
|---------|----------------------------------------|
| 1.      | Glaucoma - Cataract - Re.              |
| 2.      | Surgery - Re (Cataract)                |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

| Sr. No. | NAME of OTHER SOURCE | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED |
|---------|----------------------|------------------------------------|
|         |                      |                                    |
|         |                      |                                    |
|         |                      |                                    |

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इस को सहायता को "कोशिका फाउंडेशन", से ले रहा हूँ है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता को प्राप्त करने के लिए, इस प्रत्यक्ष का अंशिक या पूर्णतः विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्यक्ष में जोड़ें हैं, उद्देश्य "कोशिका" दूरदर्शन, दान, चिकित्सा एवं उद्देश्य से मुझे चिकित्सा/उद्देश्य और उपलब्धियों के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी मेरे नाम को लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जोड़ा अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे पता: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस प्रत्यक्ष में "कोशिका" दूरदर्शन उद्देश्य का निर्णय अंशिक और चिकित्सा उद्देश्य।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शक 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, इस्तेमाल को और से प्राप्त करने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता को सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रत्यक्ष में मान्यता दे रहे हैं।

1) यह कि मैं से भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन द्वारा मांग रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतर को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति का है और कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता के लिए कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

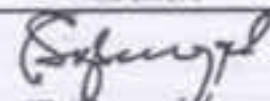
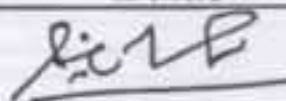
2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारा प्रत्यक्ष को कोई भी सहायता या निम्न गैर-वित्तीय प्रकृति का प्रत्यक्ष कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से कोई भी भूमिका नहीं होगी। इससे हमारा प्रत्यक्ष कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से कोई भी भूमिका नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए योग्यता

|                                                              |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br><b>ऑपरेशन की तारीख</b><br>11/12/18 | <b>Dr. K. Ghosh</b><br><b>IBS, DO, DNB, FRCS</b><br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर के साथ स्टैम्प | <br><b>Dr. K. Ghosh</b><br><b>IBS, DO, DNB, FRCS</b><br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए)**

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br><b>न्यासी हस्ताक्षर 1</b>                          | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br><b>न्यासी हस्ताक्षर 2</b>                           |
|  |  |