

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No. : 4/12/18/2158 APPLICATION DATE : 21/12/18  
आवेदन क्रमांक : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : RADINDRANATH MONDAL AGE-YEARS : 73 SEX : M  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SABRASWAR MONDAL  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : PART NO-187, BALIMBUKUR, NORTH 29, PERGANA, WEST BENGAL  
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE  
स्थायी निवास पता

OCCUPATION : UNEMPLOYED  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. :  
पैन नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी 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                      | RADINDRANATH MONDAL                               | 73                         | M              | SELF                                            |
| 2                      | DEBATA MONDAL                                     | 60                         | F              | WIFE                                            |
| 3                      | ASHOK MONDAL                                      | 43                         | M              | SON                                             |
| 4                      | DILIP MONDAL                                      | 40                         | M              | SON                                             |
| 5                      | KALPANA MONDAL                                    | 30                         | F              | DAUGHTER                                        |
| 6                      | ALPANA MONDAL                                     | 28                         | F              | DAUGHTER IN LAW                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए किसी आधार

|                                                                                                |                                                                                                    |                                                                               |                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे आय का<br>(आय पर की जाय प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय का आय का<br>(आय पर की जाय प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>रशन कार्ड<br>(आय पर की जाय प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई आधार |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्न का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>आस्थापना/प्रातिष्ठा से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | DIAGNOSIS-CATARACT - RE                                                                           |
| 2                      | SURGERY - RET'SICS + IOL                                                                          |

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ही गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

**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 प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रमाण में बतलाना है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी प्रार्थना हेतु या अन्यथा भी नहीं हूँ, जो इस उद्देश्य या उद्देश्य के लिए अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी के पैसे से प्राप्त है और मैं इसी उद्देश्य के लिए नहीं हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 तरह का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रमाण में घोषणा करें, इसे "कोशिका" एनएन आई, एन, एनएनएन के माध्यम से मुझे भौतिकी और प्रयोगों के लिए मदद के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। वे इसका उपयोग मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के भरोसे अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रार्थना के माध्यम से प्रसारित है मुझे मदद: प्रार्थना का इच्छा नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" एनएन आई भरोसे की निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगी।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)**

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से मजबूती के साथ "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय प्रार्थना हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि मैं या मेरी संस्था और मैं ही भविष्य में वित्तिय प्रार्थना किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना नहीं करेंगे, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की प्रार्थना में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रार्थना सिफारिश/सिफारिश हेतु मदद नहीं मिलती है तो हमारा निर्णय अन्य किसी स्रोत से मदद करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ यह कहा जाता है कि प्रार्थना सिफारिश प्राप्त करने के लिए हमारे पास कोई भी अन्य स्रोत नहीं है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी प्रार्थना प्रदान की जाती है, उसे हम हस्पताल द्वारा ही नहीं प्रदान करेंगे, जो कि हमने प्रार्थना/सिफारिश का चुनाव करने के लिए प्रार्थना की है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान करने का कोई दावा नहीं है। इसलिए हमारा निर्णय प्रार्थना के लिए प्रार्थना सुरक्षित और अन्य स्रोतों को भी प्रार्थना करने के लिए और "कोशिका" को भी प्रार्थना या सिफारिश प्रदान करने में नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

|                                                            |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>21/12/18</p> | <p>Dr. K. Ghosh<br/>MBBS, DNB, FRCS<br/>Reg. No. - 50871<br/>(Name of Dr. &amp; Reg. No. With Stamp)<br/>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप दें</p> | <p>Shib Sankar Bagchi<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>उन व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p> |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)**

|                                                    |                                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>आजी इन्सपेक्टर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>आजी इन्सपेक्टर 2</p> |
|                                                    |                                                    |