

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0119/2248

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

03-01-2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

GITA RANI MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

GOPAL CHANDRA GOLDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DHANVAKURIA, HAZPATATA, NADIA H. NORTH  
24, RABANAS 743437 WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

[X] MARRIED [ ] UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL.

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थायी राजस्व संख्या

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

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

Yes / हाँ

No / 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 संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1.                     | GITA RANI MONDAL                                  | 70                         | F              | SELF                                          |
| 2.                     | SUNITA MONDAL                                     | 43                         | F              | NEPHEW                                        |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि 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>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या बिस्ती 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 (STCS + IOL)                                                                      |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>एवं प्राप्त 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस दवा का अधिकतम या प्रकृत दिनांक किसी अन्य फोर्नरिसेकन्स/बीमा कम्पनी से या जो मिले है और न ही भविष्य में होगा।

**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 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 मुद्रा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" दम्पन न्यायी, दान, वाचनालय एवं उद्देश्य से मुद्रा पत्रिकाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्पन न्यायी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का विवरण

**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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यह घोषणा/स्वीकृति की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकरा से सहायता मांग रहे हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता के माध्यम से किसी अन्य सहायता से उभर आयेगी जो कि हमारे मांगे के लिए मांग रहे हैं, यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/स्वीकृति प्राप्त नहीं की जाती है, तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता से उभर आयेगी जो कि हमारे मांगे के लिए मांग रहे हैं। यह घोषणा/स्वीकृति इस बात का संकेत है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता/स्वीकृति मिलने के बाद भी हमारे पास और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता से उभर आयेगी जो कि हमारे मांगे के लिए मांग रहे हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता/स्वीकृति मिलेगी, उसका उपयोग केवल वही उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो कि हमारे मांगे के लिए मांग रहे हैं। इस घोषणा/स्वीकृति में हमारे पास और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता से उभर आयेगी जो कि हमारे मांगे के लिए मांग रहे हैं।

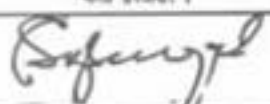
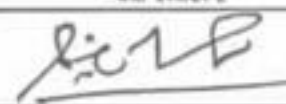
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                  |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>03-01-2019 | Dr. Alok Agrawal<br>MBBS, MS, Ph.D (Eye) FMRF<br>Reg. No. 34765<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर का पत्र नं. | Shib Sankar Bagchi<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यायी हस्ताक्षर 1                                        | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यायी हस्ताक्षर 2                                         |
|  |  |