

# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

|                                                            |                     |                                  |          |
|------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|----------|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :                        | K/0519/0231         | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि | 10/5/19. |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम                        | LAKSHMI RANI MONDAL | AGE-YEARS आयु-वर्ष               | 70       |
|                                                            |                     | SEX लिंग                         | F        |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/पत्न्य का नाम             | SUREN MONDAL.       |                                  |          |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता             |                     |                                  |          |
| 196, BAGANARAM, NORTH 24 PARGANAS, 743251,<br>WEST BENGAL. |                     |                                  |          |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता            |                     |                                  |          |
| - AS ABOVE -                                               |                     |                                  |          |

|                                                                                                                                 |                         |                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------|--|
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय                                                                                                         | HOME MAKER.             | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय                                                                                         | RS. 1800 x 12 = 21600/- | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न करें) |  |
| PAN No. रखाई खाता संख्या                                                                                                        |                         |                                                         |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) |                         | Yes / No<br>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 सम्बंध |
| 1.                            | LAKSHMI RANI MONDAL                               | 70                         | F              | SELF.                                          |
| 2.                            | SUSANTA MONDAL                                    | 46                         | M              | SON.                                           |
| 3.                            | GITA MONDAL                                       | 42                         | F              | DAUGHTER.                                      |
|                               |                                                   |                            |                |                                                |
|                               |                                                   |                            |                |                                                |
|                               |                                                   |                            |                |                                                |
|                               |                                                   |                            |                |                                                |
|                               |                                                   |                            |                |                                                |

| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनंति आधार                |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की सत्य प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की सत्य प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की सत्य प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |

| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य: |                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                           | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न |
| 1.                                                                               | DIAGNOSIS - CATARACT - LE                                                                    |
| 2.                                                                               | SURGERY - LE (SICS+IOL)                                                                      |
|                                                                                  |                                                                                              |
|                                                                                  |                                                                                              |
|                                                                                  |                                                                                              |
|                                                                                  |                                                                                              |

| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो? |                                           |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

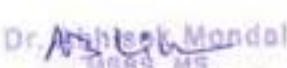
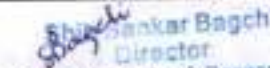
- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, धारणाएँ द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे फॉर्म का विवरण मेरी इच्छा के पक्ष में या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

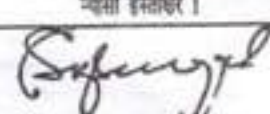
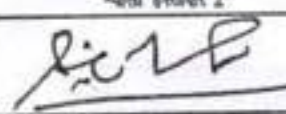
**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

- 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 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.
- हमने अधिष्ठित, हस्ताक्षर की और से न्यासी/होटे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन अतिरिक्त/सफल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और देने करने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                       |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>ऑपरेशन की तारीख<br>10/05/10 | <br><b>Dr. Ashish Mandal</b><br>MBBS, MS<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर म. र. नं. | <br><b>Shri Shankar Bagchi</b><br>Director<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

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