

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या :

K/0710/0863

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथी:

13/9/2019

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

KALAYINI MONDAL

AGE-YEARS वय-वर्ष

57

SEX सेंद्रिय

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/पति का नाम

KANTA MONDAL.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान स्थायी पता

MURA GACHHA KHALIKAPUR, SOUTH M Pargam,  
594 330, West Bengal.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी स्थायी पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:  
प्रवाहण

-House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

Rs 16000/- = 19200/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष संतान)

PAN No. स्थाई आय संख्या

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

आय आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर जही का निशान लगाये)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender सेंद्रिय	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	KALAYINI MONDAL	52	F	SELF
2	KALYANI MONDAL	60	M	HUSBAND
3	SUDHAKAR MONDAL	24	M	SON
4	DIPALI MONDAL	21	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरित आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
गरीबी रेखा के लिये प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की जाय भी सेवन करें)	अस्पताल से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संस्करण (प्रधान पत्र की जाय भी सेवन करें)	उपरोक्त कार्ड (प्रधान पत्र की जाय भी सेवन करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये जाने विवरित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जास्तात/ड्रॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संस्करण	
1	1. MEDICALS - CONSULT - RE	
2	2. SURGERY - RE (SICU 20L)	

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्तर गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 हूं कि इस बायप में दिए गये मार्गी विवरण में सही जानकारी के अनुसार सभी यह तथा है। यदि कोई विवरण ऐसा कहता था कि मैं उसी जानकारी की जानकारी है।
- 2) मैं इस जो सहायता की "कोशिका फाउंडेशन", से लेता जा चुका हूं, वहाँ प्रयोग करने वाले यहाँ से नहीं हैं। इस प्रयोग में यह नहीं है।
- 3) मैं युक्ति करता हूं कि विवरण सहायता होने वाले प्रमेण की गई है, उस परिणाम का अधिकार में यहाँ की विवरण की अनुसारितयों की तरफ से नहीं है वही जानकारी है जो यहाँ में दी गयी है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करना)**

- 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 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 प्रयोग पर अवेदक की जाप सलाहा, मैं (अवेदक) अपनी सहायता को युक्ति करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके जबाबदों" को अधिकृत करता हूं कि मैं यह सभी, योग्य और जो विवरण इस प्रयोग में दी गयी है, उसे "कोशिका" द्वारा नहीं है, एवं बायप का दूसरे उद्दीपक से युक्ती गतिविधियों और उपलब्धियों के दिए गयी हैं इस प्रयोग से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रयोग का विवरण योग्य है एवं यह यहाँ दिए गए लिए "कोशिका फाउंडेशन" के नवाचारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरे नाम, नाम, घोटाले और विवरण की विवरण के उद्दीपकों से प्राप्ति है युक्त सभी सहायता का हक्क यहाँ बनाता। इस प्रयोग में "कोशिका" द्वारा उपलब्ध नवाचारी का विवरण अधिकृत और बायपकारी होगा।

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

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का विवरण



**AGREEMENT by HOSPITAL (इमामत द्वारा करना)**

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.

इन्हीं अधिकृत, हस्ताक्षरों को और से जानकारों को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहमत होने विवरण की जाती है, जिसे हम (इमामत) विवरण सभी यह सभी करते हैं।

1) यह कि वह से जारीय और नहीं योग्य में विवरण सहायता की गई अस्तित्वीय विवरण का विवरण अन्य स्रोतों से उक्त एवं उपलब्धियों से संरेख का हो जाए तो है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणित विवरण के साथ-योग्य "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहमत विवरण अस्तित्वीय विवरण सहमत होने वाली जाता है तो अस्तित्वीय विवरण और योग्य अस्तित्वीय विवरण सहमत होने वाली जाता है। इस प्रयोग में सभी कार्यकारी संस्करण का विवरण अन्य सभी विवरण सहमत से जारी नहीं होता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यही सहायता की विवरण प्राप्ति की जाती है। योग्य हम इमामत द्वारा ही यही योग्य सहमत विवरण होता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विवरण प्राप्ति का योग्य दृष्टिकोण नहीं है। इसलिए इमामत में योग्य होने के इतना सुखा और योग्य जाने की योग्यता योग्य होनी चाही और "कोशिका" को योग्य भूमिका योग्य विवरण इस प्रयोग में नहीं होती।

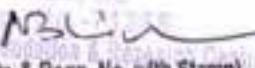
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संमति**

Shib Sankar Bagchi  
Director

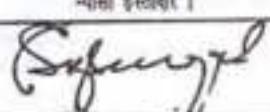
Institute Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

नाम व एवं इमामत अधिकृत विवरण

Date of Surgery अंगुष्ठान की तारीख <b>13/07/19</b>	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दृष्टिकोण का नाम व इमामत का दृष्टिकोण
--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोध उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामीय इमामत 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामीय इमामत 2
