

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या : K/070/0897

APPLICATION DATE: 16/7/19  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: ARATIBALA MONDAL  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष  
53

SEX लिंग  
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KALEDAS MONDAL  
पिता/स्त्री का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थलीय पता  
ANAVINDA PALLE, WEST PART, WARD 114, REGIMENT  
PARK, SOUTH 26, PARCONIAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: मास्ट आवासस्थलीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 2200 X 12 = ₹ 26400  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई स्थान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
या आय जात्यकार दाता है (जो मान्य हो उस पास सही का निश्चय होगा)

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 लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	ARATIBALA MONDAL	53	F	SELF
2.	SHANKAR MONDAL	18	M	SON
3.	DIPU MONDAL	9	M	SON
4.	KALPAVIM SARKAR	42	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये चिन्हित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गोपीनेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाता होती संतान को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आवास अधिकारी का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाता होती संतान को)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाता होती संतान को)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जाहि की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
1.	D	DIAGNOSIS - CATHART - LE
2.		SURGERY - RF (SICSTOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ही गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** अवैरेक द्वारा घोषणा प्रवाह:

- 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 प्रकल्प करता हूँ कि इस प्रकल्प में दिये गये सभी विवरण में सही जनसभी के अनुचित बदल नहीं होते हैं। यदि कोई विवरण ऐसे काम का बनता है तो उसे सहायता निवाल की जा सकती है।
  - 2) मेरे द्वारा दी गयी घोषणा एवं "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाति जीवी है, उसका उपर्युक्त उसी बौद्धि के दिये विवरण जाता है, जो इस प्रकल्प में प्रयोग होता है।
  - 3) मैं युक्ति करता हूँ कि विवरण जाता है कि इस प्रकल्प को लाभ है, उस दिन का अविवाक या सहायता विस्तृत किसी बदल नहीं करती है तो उसे सहायता नहीं दी जाएगी।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अवैरेक द्वारा करा)

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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकल्प पर अपने इस्तमाल के अंतर्गत को जाप लगवाकर, मैं (अवैरेक) अपनी सहायता की युक्ति करता हूँ कि इस "कोशिका फाउंडेशन और उसके सहायता" को अधिकृत करता हूँ कि ये नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकल्प में दी जाती है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, राज, वायव्यका द्वारा उद्दीप्त से नुस्खा गतिविधियों और उत्तराधिकारों के दिये विवरणों भी प्रभाव लखाय से प्रसारित करते के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक वायव्यका द्वारा उपर्युक्त के लाले या लाल ये बदले के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवैरेक) इस जाति से प्रकल्प हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि जाता है उसके उद्दीप्त से दीर्घावस्था से जीवित है तुम्हे सहा, जाता है उसका जाप करना नहीं बदला। इस प्रकल्प में "कोशिका" एवं उसके न्यायी वायव्यका दीर्घावस्था का निर्धारण अधिकृत वायव्यका होता है।

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

अवैरेक के इस्तमाल का अंगूठे का विवरण



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हास्पिटल द्वारा करा)

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.

इस्तमाल की अन्त में यात्राएँ दी जाने के लिए वायव्यका द्वारा जाप करते हैं, जिसे हम (हास्पिटल) निम्न बदल दे जाने वा नियोजित करते हैं।

- 1) यह कि न हो बर्बाद और न हो व्यक्तिगत दी जाने के लिए वायव्यका द्वारा जाप की अन्त स्वतंत्र से उस दीर्घावस्था में दी जाए जा सकती है, जो दिये विवरण "कोशिका फाउंडेशन" से प्रसारित किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जाता है तो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जाता है तो न्यायी अधिकृत है। इस पूर्ण में बदल दी जाने के लिए वायव्यका द्वारा जाप करता है कि अपनाया द्वितीय बदल दी जाने के लिए वायव्यका द्वारा जाप करता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लाभ नहीं लेने वायव्यका द्वारा जाप करता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जाप करता है तो उसका दीर्घावस्था नहीं होता है। इसलिये हास्पिटल में दीर्घावस्था नहीं जाने जाने की सही विवरण दी जाए जाने के लिए वायव्यका द्वारा जाप करता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**  
स्वीकृति के लिए संकेत

Date of Surgery अंतर्गत की तारीख <b>16/3/19</b>	Dr. Monish Mondal  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दाता का नाम व इस्तमाल का एवं नं.	Shri. D. D. Bagchi  Second Eye C. Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हास्पिटल अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्निक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इस्तमाल 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इस्तमाल 2