

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: K/1119/1987		APPLICATION DATE: 5/11/2019			
आवेदन संख्या:		आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: MAHITOSH MONDAL		AGE-YEARS अनु-वर्ष	SEX लिंग		
आवेदक का नाम		76	M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MADAR MONDAL					
पिता/कन्या का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता					
BAKA BANKRA, GARULPUR, NORTH 24 PARGANAS					
743427, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता					
— AS ABOVE —					
OCCUPATION: UNEMPLOYED			MAJURED (पेंशनिस्ट) / UNMAJURED (अपेंशनिस्ट)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 X 12 = 21600/-			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)		
कुल वार्षिक आय					
PAN No. सवाई खाता संख्या			Yes / No हां / नहीं		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):					
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्व हो उस पर चिह्न का निशान लगावें)					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से सम्बन्ध	
1	MAHITOSH MONDAL	76	M	SELF	
2	PUSPENDU MONDAL	48	M	SON	
3	CHAMELI MONDAL	49	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियम अनुसार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आयन पर की जाय प्रति प्रमाण करो)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय का (आयन पर की जाय प्रति प्रमाण करो)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आयन पर की जाय प्रति प्रमाण करो)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या विनियम का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रुपी संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

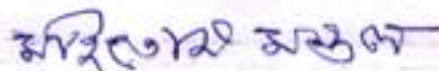
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से वही राशि प्राप्त करूँगा जिसके लिए मैं इस सहायता की मांग कर रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक घोषणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिए या अन्य किसी भी माध्यम के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। कोशिका फाउन्डेशन को मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। कोशिका फाउन्डेशन को मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

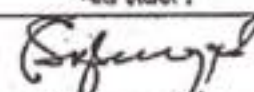
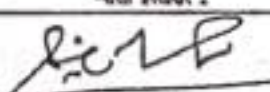
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.
- इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे प्राधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त करने के लिए या अन्य किसी भी स्रोत से प्राप्त करने के लिए, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की है, कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो कोशिका फाउन्डेशन को सहायता प्रदान करने के लिए अधिकृत किया जाता है। इस पुष्टि के साथ हम घोषणा करते हैं कि कोशिका फाउन्डेशन को सहायता प्रदान करने के लिए अधिकृत किया जाता है।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, कोशिका फाउन्डेशन को सहायता प्रदान करने के लिए अधिकृत किया जाता है। कोशिका फाउन्डेशन को सहायता प्रदान करने के लिए अधिकृत किया जाता है। कोशिका फाउन्डेशन को सहायता प्रदान करने के लिए अधिकृत किया जाता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/11/2019	Dr. Aranya Das MBBS, MS Regn No.-59372 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका व पंजीकृत नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 
---	--