

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1119/2032		APPLICATION DATE: 8/11/2019	
NAME of APPLICANT: DILIP MONDAL		AGE-YEARS: 59	SEX: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: UTAALA MONDAL			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: DHONARPAR, KUNDALA, AKUTPUR, BIRBHUM, 731239, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: CONTRACT LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 X 12 = 20400/-		(Attach Proof of Income)	
PAN No. स्याई खात संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1	DILIP MONDAL	59	M
2	UTALA MONDAL	55	F
3	PRAKASH MONDAL	27	M
Relation with Applicant अवेदक के साथ सम्बन्ध			
SELF			
WIFE			
SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)			
EWS Certificate (Attach Certificate Copy)			
Ration Card (Attach Copy)			
Any Other Basis/Proof			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Medical Reports/Prescriptions Attached			
Sr. No. क्रम संख्या	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2	SURGERY — LE (SICS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE	

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/सही नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग निम्न अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/print/produce 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहस्रियों को उचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, इसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का निराकरण मेरी इच्छा के विरुद्ध या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है उसके बाद: सहायता का उपचार नहीं बदला। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" अपने न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निम्न सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को सिफारिश/सिफारिश करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अलग हेतु मांग नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से मांग लें या अतिरिक्त सुनिश्चित रखें। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिर्फ वित्तीय मदद उम्मीद करने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेनी चाहिए।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी गैर-वित्तीय/अतिरिक्त का चुनाव ठेके एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में ठेके के हस्ताक्षर सुनिश्चित और अपने कार्य की सही निष्पत्ति ठेके एवं हस्पताल की ओर और "कोशिका" की ओर पूर्णतया या निष्पत्ति इस मायने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 8/11/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पिन कोड	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory सहायता हेतु हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी)
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2	
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	