

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1215/2009 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 21/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: SURABALA MONDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 55	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SATIN MONDAL पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान निवासस्थान पता MURATIPUR, CHAKDAH, NADIA 741251, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पता AS ABOVE				
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800X12 = 21600/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थायी खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		Yes / No हां / 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.	SURABALA MONDAL	55	F	SELF
2.	SATIN MONDAL	61	M	HUSBAND
3.	SANJOY MONDAL	32	M	SON
4.	DIPALI DUSGURTA	27	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियमित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रतिलिपि संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मंजूर करने का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SILEST + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता (नकद/अन्य स्वरूप) से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एवं प्राप्त 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में गलत या झूठा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त की जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस राशि को पूर्ण रूप से, इस सहायता का अधिक या कम हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या उसे लिये नहीं 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/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 सहयोगी को यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रसारित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा, वार्ता, प्रकाशित, प्रसारण, इत्यादि के माध्यम से मेरी जानकारी के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए। मेरी जानकारी का उपयोग मेरी सहायता के लिए या मेरी सहायता के पूर्ण पूर्ति के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है। मेरी सहायता का इस्तेमाल मेरी सहायता के लिए और "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा, वार्ता, प्रकाशित, प्रसारण, इत्यादि के माध्यम से मेरी सहायता के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए। मेरी सहायता का उपयोग मेरी सहायता के लिए या मेरी सहायता के पूर्ण पूर्ति के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत हैं।

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.

- हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा हस्ताक्षरित/अंगूठा लगाया गया "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि मैं या मेरी संस्था और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए नहीं लूँगे, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने आप से या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा का अर्थ यह है कि हमें सहायता के लिए अनुरोध करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रकरण में मेरी सहायता या किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा का अर्थ यह है कि हमें सहायता के लिए अनुरोध करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/12/2019	Dr. Nalinakshi Karan MBBS, DNB Reg. No. - 83728 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम या हस्ताक्षर या छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम या हमारे हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--