

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/12/2019/2844
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 30/12/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SUDHIR MONDAL
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 70
SEX लिंग: M

FATHER/SPOUSE'S NAME: GHUSAN MONDAL
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बांस्तन आवासीय पता

BIJINCHI BARS, NAHARGANG, SOUTH
24 PARGANAS 743312, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 X 12 = 18000
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्वयं का PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो सत्य हो उस पर चिह्न 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.	SUDHIR MONDAL	70	M	SELF
2.	SIPRA MONDAL	37	M	SON
3.	SIPRA DAS	38	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSTICS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICSTIL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता प्राप्त अन्य स्रोतों से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सी या सी है, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस रकम का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा सहमति)

- 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 अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपने सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उनके "कोशिका" दूरदर्शन, रेडियो, कचरापत्र एवं अंतरजाल से मुझे प्रोत्साहित करें और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो सके तो मेरे नाम का उपयोग करें। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं देता। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन, रेडियो, कचरापत्र या अंतरजाल और अन्य माध्यमों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मजबूत/पेशी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रकम की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/अलग हेतु मांग नहीं किया जाता है तो हॉस्पिटल किसी अन्य रोगी/रोगी के सम्बंध में किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हॉस्पिटल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी रकम की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सी या सी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हॉस्पिटल द्वारा दी गई सलाह या बिना मेरे उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 30/12/2019	Dr. K. G. G. MSSS, DO, DNB, FRCS Reg. No.-5 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
--	--