

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0120/2980 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 2/1/2020 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: GOPAL MONDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 54	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHARO MONDAL पिता/कन्या का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: रासबहात, धापा, साउथ 24 PARGANAS, 700105, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वहाँ आवासीय घर — AS ABOVE —					
OCCUPATION: LABOURER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 19000 X 12 = 228000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. वहाँ खाता संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (को यहाँ से उचित चिह्न चिह्नित करें)			
		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 से क्या सम्बन्ध	
1.	GOPAL MONDAL	54	M	SELF	
2.	KAMALA MONDAL	50	F	WIFE	
3.	PROTY MONDAL	21	F	DAUGHTER	
4.	APRBA MONDAL	25	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SIC 57.02)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप से गलत या झूठा साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त की जा रही है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रकरण नहीं भेजा है, इस उद्देश्य का अर्थ है कि मैंने अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ली और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि और पता सहित "उद्देश्य" को स्वीकृत करता हूँ कि वेदक नाम, पता, फोटो और उद्देश्य इस प्रकरण में शामिल हैं, जो "कोशिका" फाउंडेशन द्वारा, कर्मचारियों द्वारा, उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने के लिए स्वीकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे हस्ताक्षर के बिना "कोशिका फाउंडेशन" या किसी स्वीकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेदक नाम, पता, फोटो और निष्पत्ति को बिना सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है। प्रमाण का हवाला नहीं दिया जा सकता। इस प्रकरण में "कोशिका" फाउंडेशन द्वारा प्रसारित की गई जानकारी सही है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- हमारा स्वीकृत, हस्ताक्षर को अंगूठे से सत्यापित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) वित्तीय प्रमाण से सत्यापन करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उभरती होगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता वित्तीय प्रमाण पर आधारित होगी, जो कि सहायता वित्तीय प्रमाण पर आधारित होगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या बिना मेरे सहायता/निष्पत्ति का भुगतान करने पर हस्ताक्षर को सहायता के बिना "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में उपरी के हस्ताक्षर सत्यापन और अपने नाम को सही सिफारिश करने पर हस्ताक्षर को सही और "कोशिका" को कोई प्रमाण या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee REG. NO. 78595 Signature of Dr. & Reg. No. with Stamp Centre हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Chib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory The Found. behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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