

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0523/0243**      APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **31.05.2023**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **ICHANABI MANDAL**      AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **56**      SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **JUMMAN MANDAL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास पता: **SADARPUR DEHALA HAROA, NORTH 24 PARGANAS 743495, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवास पता: **AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय: **FARMER**      MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): **MARRIED**

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **RS. 4000 x 12 = 48000/-**      (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. / आईएन खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes /  No**  
क्या आप आय का दाता हैं। (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें): **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 के साथ सम्बन्ध
1.	ICHANABI MANDAL	56	M	SELF
2.	TASLIMA MANDAL	53	F	WIFE
3.	MUNANUR MANDAL	30	M	SON
4.	TANISHA KHATUN	26	F	DAUGHTER

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन से सहायता ली

**DECLARATION by APPLICANT- (अर्शक द्वारा घोषणा पर)**

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 being requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं प्रार्थना कर रहा हूँ, उस राशि का अधिकतम या सफल विस्थापित किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सकता है और न ही भविष्य में हो सके।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथन)**

1) By affixing my signature or thumbimpression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pul-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 it's 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहायता को पुरिष्ठ करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एफएम न्यूसी, दूर, दूरदर्शन द्वारा उद्देश्य में तुरन्त विविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है; जो प्रारूप का विवरण को प्रसारण के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण, जो कि सहायता को उद्देश्यों में घोषित है पूर्ण सत्य, सहायता का हकदार नहीं बनता; इस सम्बंध में "कोशिका" एफएम इनकी न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION**

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*इशानवी अनुप*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)**

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

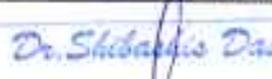
इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की जा में मान्य/राशि को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निस्कारिता-विन्ती उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकतम/सफल हेतु संपूर्ण नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य स्रोत सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाएं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुरिष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सारधन से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तीय इच्छुति को है; रोगी या हस्पताल द्वारा ही एवं सहायता के लिये एवं उपचार/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इच्छुक सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई दुरिष्ठा या जिम्मेदारियां इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिये संमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <b>31/05/23</b>	 <b>Dr. Shikharis Das</b> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रेजि. नं. एवं र.	 <b>OPTOM ANJAN DAS</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) <b>SANKAR SIKHAR SINGH INSTITUTE</b>
---	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामी हस्ताक्षर)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामी हस्ताक्षर)
