

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

K/0224/1331

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

25/02/24

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

RANJITA MANDAL

AGE-YEARS

आयु-वर्ष

61

SEX

लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

RAMPADA MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

KETARCHAK, KOTHA BARI, NORTH 24 PARGANAS

743435 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED

(विवाहित)

UNMARRIED

(अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

6000 X 12 = 72,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No.

पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

क्या आप आय कर दात हैं (को मान्य हो कम या नहीं का निश्चय लें)

Yes

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS

परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | RANJITA MANDAL                                    | 61                         | F              | SELF                                            |
| 2.                     | RAMPADA MANDAL                                    | 70                         | M              | HUSBAND                                         |
| 3.                     | PARTMA MANDAL                                     | 33                         | M              | SON                                             |
| 4.                     | PARTOSH MANDAL                                    | 30                         | M              | SON                                             |
| 5.                     | MADHAV MANDAL                                     | 25                         | M              | SON                                             |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न विकल्प चुनें

|                                                                                                           |                                                                                                                   |                                                                                          |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाणित करें) | RWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>रक्षक आय का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाणित करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाणित करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS — CATARACT — RE                                                                            |
| 2.                     | SURGERY — RE (SICS + IOL)                                                                            |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:-**

- 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 फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही 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 इसी से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया गया है, उस राशि का अंशिक या सम्पूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से नहीं 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/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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, इसे "कोशिका" एम्बुलेंस, चान, वाहन/या किसी उद्देश्य के जुड़ी एक्टिविटीयों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से अपनी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे ज्ञात; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस एक्टिविटीयों का निर्णय त्रुस्टी और वाहन/या होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली की छाप

**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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जा ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनंति नकार/मनाफा हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/प्रकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विनंति प्रारंभ उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए, संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

25/02/24

Dr. Siddhanta Das  
HOD  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर के नाम से हस्ताक्षर एवं मुद्रा

OPTOM ANANT DAS  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
SANKARAJYOTI HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2