

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या : K/0324/1431		APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 18/3/24			
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम : ANIL MONDAL		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 84		SEX लिंग : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहोदर का नाम : NAKUL MONDAL					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : DHARMATALA PACHURIA, BHANGAR-II, SOUTH 24					
PARAGANAS 743502 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : — AS ABOVE —					
OCCUPATION : व्यवसाय : UNEMPLOYED				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ / ☐	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 4000X12 = 48,000/-				(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें)	
PAN No. सवाई खाता संख्या :					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का विकल्प चिह्नित करें) : 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 सम्बंध	
1.	ANIL MONDAL	84	M	SELF	
2.	BRABABALA MONDAL	93	F	WIFE	
3.	SABITA MONDAL	49	F	DAUGHTER	
4.	UJANDANA MONDAL	45	F	DAUGHTER	
5.	MANIC MONDAL	42	F	DAUGHTER	
6.	KRISHNA MONDAL	38	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवर्ति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विवर्ति का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — LE (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 कौी गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यः

- 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 आवेदन से दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी का अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी बात तो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में पत्र गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया जा रहा है, उस राशि का अधिक या समकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिज्ञान करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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.

- 1) इस प्रश्न का उत्तर इसप्रकार का अंगित हो सकेगा, यदि (आवेदक) अपने सहस्रति को पुष्टि कराता है एवं "कोसिका काउन्सिल और उसके न्यायी" को अधिकृत कराता है कि वेद नाम, गान, चोटो और वे विवरण इस प्रश्न में प्रामाणिक हैं, उसे "कोसिका" एवम् न्यायी, राज, मान्यतावा द्वाये उद्देश्य में जुड़ी व्यवस्थित और कर्तव्यपूर्ण की लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को निषिद्ध अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण को इत्यादि को पहचाने या बार में करने को लिए "कोसिका काउन्सिल" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) यदि (आवेदक) इस बात में सहमत है कि वेद नाम, गान, चोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य में प्रामाणिक है मुझे स्पष्ट: सहायता का एकदा नहीं बनाता। इस संबंध में "कोसिका" एवम् उसके न्यायियों को निर्णय लेने और सहायता को देना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अमेरिका में इस्लाम का संगठन का मिशन



AGREEMENT by HOSPITAL (FARMER EN 300)

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 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 अधिकार, हमारा ही जो और से सम्बन्धित है। "कोई" का "आवश्यक" से कितना सम्बन्ध है। निष्कर्ष को बताते हैं, जिसे हम (हमself) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो परिवार और न ही परिवर्धन में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य कक्ष से उठाएगी/पाएगी में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में विचार/प्रतिबन्धित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी आर्थिक/सकल हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य इलाज से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इन मुद्दों में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ऐंटी/पाएगी हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेंगे/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कंपलेंट विविध प्रकृति की है। ऐंटी पर अस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किये गए उपचार/प्रक्रिया का प्रत्यक्ष ऐंटी एवं हमसाल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसाल में ऐंटी के इलाज सुझा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐंटी एवं हमसाल की होगी और "कोशिका" को कोई शिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/3/24	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ऑपरेशन पर अतिरिक्त अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपप्लव हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यासी हस्ताक्षर 2
	