

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

K/0325/2239

APPLICATION DATE: 19/3/25
आवेदन तिथि:NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम:

SOUMYENDU MANDAL

AGE-YEARS वय-वर्ष:

60

SEX लिंग:

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कपुष्पी का नाम:

SARBESWAR MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता:

PASCHIM PARA, CHINTA, SOUTH 24 PARGA-
ANAS, 743378, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता:

— AS ABOVE —

OCCUPATION:
जब्तसाध

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

4500 X 12 = 54,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष संलग्न)

PAN No. स्टेट लोगो संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
जब्ता आय कर रहा है (जो मात्र ही उस पर मही का निशान लगाये)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 के साथ सम्बंध
1.	SOUMYENDU MANDAL	60	M	SELF
2.	KRISHNA MANDAL	52	F	WIFE
3.	SAIKAT MANDAL	22	M	SON
4.	SOUMIK MANDAL	26	m	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

महायता के लिये चिन्हित आया:

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सम्भव
गर्भवती रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जाब प्रति संलग्न करें)	अस्त्र अवधि प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की अवधि प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की अवधि प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

महायता हेतु किये गये चिन्हों 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 -	(SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई महायता राशी



DECLARATION by APPLICANT: अव्यंगक द्वारा स्वेच्छा पर:

- 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.
- 4) मैं योग्यता हूँ कि इस प्राप्ति में लिखा गये उपलब्धी के अनुसार मात्र पूर्ण नहीं है। यदि कोई विकल्प एवं लक्षण अस्थान पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न जीव की कम की है।
- 5) मैं इस जीव की सहायता की "कार्यशक्ति" में ली जा सकता है, उसका उपयोग उसी उपयोग की पूर्ति के लिए किया जायगा, जो इस प्रकार नहीं प्राप्त होता है।
- 6) मैं पूर्ण करता हूँ कि विस सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस गति का विविह या स्वाक्षर विषय किये जाने वाले अन्य घोषणाओं/विवरणों में नहीं लिया है और वही विवरण में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT: (अव्यंगक द्वारा करन)

- 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 fulfilment 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.
- 3) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अपनी की साथ साक्षर, मैं (अव्यंगक) अपनी सामग्री की पूर्ण करता हूँ एवं "कार्यशक्ति कार्डन्डेशन और उपकरण व्यापीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, संपर्क जीव जो विकल्प इस प्राप्ति में वर्णित है, उसे "कार्यशक्ति" एवं नाम, पता, उपकरण द्वारा उद्देश्य में बुझी जीवशक्तियों और उपकरणों के लिए कियो जैसा प्राप्त व्यवहार में प्रत्यक्षित करते हैं। ये प्राप्ति का विवरण में इसके के बारे में यह यह करते हैं कि लिए "कार्यशक्ति कार्डन्डेशन" व न्यासों अधिकृत है।
- 4) मैं (अव्यंगक) इस जीव से जहाँह हूँ कि मेरा नाम, पता, जीव और विकल्प जो कि सहायता के उद्देश्य में प्राप्ति है पूर्ण रूप से सहायता का उपकरण नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कार्यशक्ति" एवं उपकरण व्यापीयों का विविह अंतिम और बाधकाती होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या लागू की विकल्प

Soumyadev Mukherjee

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करन)

- 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.
- इसके अधिकृत, हस्पताल की ओर से मामलेदारों का "कार्यशक्ति कार्डन्डेशन" से विविह सहायता की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) इस जीव में व्यवहार करते हैं।
- 1) यह कि न तो अधिकृत और वही भविष्य में विविह सहायता विकल्पों गैर योग्यता सम्बन्धीय या विविह अन्य लक्षण के द्वारा ऐंगीजमानों में लीग या तो तो है, जैसे कि हमने "कार्यशक्ति कार्डन्डेशन" से विविह विविह इस के सम्बन्ध में "कार्यशक्ति कार्डन्डेशन" हुए रूप से हैं। यदि "कार्यशक्ति कार्डन्डेशन" हुए सहायता विकल्पों अंगीजमानों में लीग या तो तो है, तो अस्पताल विविह इसके लिए सहायता लेने का अधिकृत सुधार रखता है। इस पूर्ण रूप से सहायता लेने का अधिकृत सुधार रखता है कि अस्पताल विविह इसके लिए योगीजमानों हेतु कियी गई अवकाशी सम्बन्धीय या विविह अन्य मामलों में नहीं लीग रहती।
 - 2) "कार्यशक्ति कार्डन्डेशन" के लिए नहीं सहायता लेने का विविह प्रकृति नहीं है। एवं यह हस्पताल हुए ही नहीं सहायता का विविह योगीज एवं हस्पताल के बीच का विविह है और "कार्यशक्ति कार्डन्डेशन" हुए विविह प्रकृति का योगी एवं विविह नहीं है। अस्पताल में एवं इसके लिए जीव की सभी विविह योगी एवं हस्पताल की होती है और "कार्यशक्ति" की जीव पूर्णता या विविह इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिए संकेत

Date of Surgery अपरेशन की तिथि <i>19/3/25</i>	Dr. Shibashis Das (Name of Dr. & Designation with Stamp) डॉ. शिबाशीस दास, वी. एस. एस. Re. No. 1115 FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION	OPTIONAL ADDITIONAL DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR JYOTI (A. अ. अस्पताल सचिव अधिकारी)
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्पताल 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्पताल 2
<i>Safayal</i>		<i>Deepti</i>