

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: 4/0424/0008
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 2.04.2024
अवेदन तिथिNAME of APPLICANT: NAMITA MONDAL
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KARALI PAL
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान का

TAPUR, HOWRAH 71413
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई निवासस्थान का

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

TEA STALL

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

2000 X 12 = 24000

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. सहाई खाता संख्या

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

क्या आप आय का रत हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 संबंध
1.	NAMITA MONDAL	59	F	SELF
2.	JOYDIP MONDAL	39	M	SON
3.	LADANYA MONDAL	36	F	DAUGHTER
4.	LATIKA MONDAL	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये 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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी 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) मेरी इसकी सहायता केवल "कॉशिका फाउन्डेशन", को ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रत्येक की गई है, उस राशि का अविवशता पर सकल हितवा किन्तो अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लिया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 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 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.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (अर्श्वेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्वासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् त्वासी, दान, सहायता द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों 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 फाउंडेशन" व त्वासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्श्वेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है जुड़े सहायता, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्वासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आमंदक के इस्तेमाल से अंगुली का निशान

নামিতা ক্রম

AGREEMENT by HOSPITAL (W4400001 ID# 10000)

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.

इससे अधिकतर हस्ताक्षरों की ओर से समर्थन/पक्षों को "कोशिका फाउन्डेशन" से क्लिपिंग महापुरुष की मिश्राजि की जाती है, जिसे हम (हाम्यमान) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो योगदान और न ही परिवर्ण में किसी महापदा किसी भी सरकारी सम्पत्ति या किसी अन्य स्रोत से उक्त ऐगो/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फायरडेडेशन" से मिथोडीश/विशेष उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फायरडेडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फायरडेडेशन" द्वारा महापदा किसी जासिक/सम्पत्ति हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी सम्पत्ति या किसी अन्य सम्पत्ति से महापदा लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त ऐगो/मामले हेतु किसी भी सरकारी सम्पत्ति या किसी अन्य सम्पत्ति से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फायरडेडेशन" से ले गई महापदा केवल विशेष प्रकृति की है। ऐगो पर हमसाल द्वारा दो नई सलाह या किने-गये उपकरण/प्रक्रिया का सुवर्ण ऐगो एवं हमसाल के बीच का विषय है और "कोशिका फायरडेडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखल नहीं है। इसलिये हमसाल में ऐगो के इत्यन्त सुझा और जाने-माने की सारी जिम्मेदारी ऐगो एवं हमसाल को होगी और "कोशिका" को कोई योगिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04/04/24	<i>Dr. Sanku Das</i> HRS-15 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाहाबाद के रजिस्ट्रार के पास	<i>OPTIM ARUN DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKU Das के पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ज्ञानार्क उपसंग्रह

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	