

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य संरक्षण)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.: K/0424/0094

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 19.04.24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: RANI MONDAL

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LATE BALAJI DEBNATH

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

KARAKATI, NORTH 24 PARGANAS 743446

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: HOUSE WIFE

व्यवसाय

MARRIED (निकाहित) / UNMARRIED (अनिकाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 X 12 = 60,000

कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएँ)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 सम्बन्ध
	RANI MONDAL	60	F	SELF
1.	LATE BISHNU MONDAL	72	M	HUSBAND
2.	MITHU MONDAL	40	F	DAUGHTER
3.	SATU MONDAL	25	F	DAUGHTER
4.	TRABHA MONDAL	38	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्न 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) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्न 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 (STCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED कौी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई मिथ्या एवं कथन असत्य साबित होता है तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहाय्य मिलेगी, केवल उक्त उद्देश्य के पूर्णतः के लिए ही प्रयुक्त होगी, जो इस आवेदन में सत्य तथा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहाय्य हेतु यह आवेदन किया गया है, उस सहाय्य का पूरा-पूरा वापस मिलान किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या मेरी न तो भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 end/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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके निर्यातक" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में जोड़ सकते हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित करने हेतु अन्य माध्यमों के माध्यम से उपयोग के लिए किया जा सकता है, जिसमें श्रद्धाचक्री, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, के माध्यम से कर्मियों को आमंत्रित करने और/या वित्तिय जानकारी के माध्यम से वित्तिय जानकारी के लिए जानकारी के लिए वित्तिय प्रसारण शामिल है। इस उपयोग के माध्यम से मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जा सकता है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित करने हेतु अन्य माध्यमों के माध्यम से उपयोग के लिए किया जा सकता है, जिसमें श्रद्धाचक्री, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, के माध्यम से कर्मियों को आमंत्रित करने और/या वित्तिय जानकारी के माध्यम से वित्तिय जानकारी के लिए वित्तिय प्रसारण शामिल है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

श्री. नी. मल्ल

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आमंत्रित करने के लिए हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं।

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तिय सहाय्य किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो वही वित्तिय सहाय्य प्राप्त करने के लिए हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहाय्य प्राप्त करने के लिए हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित करने हेतु अन्य माध्यमों के माध्यम से उपयोग के लिए किया जा सकता है, जिसमें श्रद्धाचक्री, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, के माध्यम से कर्मियों को आमंत्रित करने और/या वित्तिय जानकारी के माध्यम से वित्तिय जानकारी के लिए वित्तिय प्रसारण शामिल है। इस उपयोग के माध्यम से मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जा सकता है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहाय्य केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का इलाज का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच होता है, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रभावित नहीं होता है। इसलिए हस्पताल को रोगी के इलाज का पूरा-पूरा ज़िम्मेदार होना पड़ेगा और "कोशिका फाउन्डेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार्यता के लिए अनुमति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

19/4/24

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाज का संकेत

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

(Signature of Trustee 1)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

(Signature of Trustee 2)