

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0424/0095
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 19.04.24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SHIV PADO MONDAL
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 63
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LATE SUDHORNO MONDAL
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

UTTAR DWARIK JANGAL, DWARIK JUNGAL,
NORTH TWENTY FOUR FARGANAS 793996
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION : LABOURER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 6000 X 12 = 72,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्पष्ट तालिका संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगायें)

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 सम्बन्ध
	SHIV PADO MONDAL	63	M	SELF
1.	PROMILA MONDAL	62	F	WIFE
2.	ASHOK MONDAL	40	M	SON
3.	ARUN MONDAL	33	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 AWARDED कौी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदनक द्वारा बयान करत)

- 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 बयान करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिंझकपूर्ण एवं सचन बयान प्राप्त होता है तो मेरी सहायक वित्त को या रद्द कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ बयान करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बयान किया गया है।
- 3) मैं यहाँ बयान करता हूँ कि मैंने भविष्य में या भविष्य में नहीं, उक्त राशि का जमा/व्याज या अन्य किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से राशि प्राप्त करने की कोशिश नहीं की है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करत)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में शामिल है, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टी, राज, बाबूबाबू द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और सफलताओं के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व ट्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के उद्देश्यों से प्रयोग ई पूर्णतः सहायक का इकाई नहीं होगा। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten Signature)

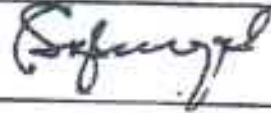
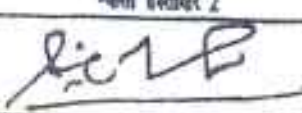
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करत)

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हस्ताक्षर करके, हमारा प्राधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि हम अभी वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये नहीं कर रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के माध्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक वित्तीय सहायक प्रदान नहीं किया जाता है तो हमारा प्राधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक वित्तीय सहायक प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बयान किया है कि सहायक वित्तीय सहायक प्रदान करने हेतु किसी भी सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना-देना।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायक वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हम ही यह सहायक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करेंगे एवं हमारा प्राधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा प्राधिकृत हस्ताक्षर करने वाले रोगी के इलाज सुरक्षा और जान बचाने की सभी जिम्मेदारी हम ही हमारा प्राधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका" को कोई भी प्रभाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/11/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर	 OPTOM ANANTA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR...
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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