

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सेवाभारत)



APPLICATION No. : **K/0424/0101**  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **20.04.24**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **KALYANI MANDAL**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष  
**59**

SEX लिंग  
**F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **LATE BISTUPADA MANDAL**  
पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
**HATUACHHA (N) 29, PARWANAS**

**713499, WEST BENOTAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

**AS ABOVE.**



OCCUPATION : **HOUSE WIFE**  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **4000 X 12 = 48,000/-**  
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 लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगायें):

Yes / हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1.                     | <b>KALYANI MANDAL</b>                             | <b>59</b>                  | <b>F</b>       | <b>SELF</b>                                     |
| 2.                     | <b>MANJAS MANDAL</b>                              | <b>32</b>                  | <b>M</b>       | <b>SON</b>                                      |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |

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

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>BPL Card (Attach Card Copy)</b><br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <b>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</b><br>अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <b>Ration Card (Attach Copy)</b><br>रतनभोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <b>Any Other Basis/Proof</b><br>अन्य कोई साक्ष्य |
|--|--|--|--|

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विन्यास का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1.                     | <b>DIAGNOSIS - CATARACT - (RE)</b>   |
| 2.                     | <b>SURGERY - RE (STES + 102)</b>   |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED<br>ती पर सहायता यती |
|------------------------|---|---|
|                        |   |   |
|                        |   |   |
|                        |   |   |
|                        |   |   |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य व सत्य ज्ञान पर आधारित नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ले या ली है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में कहा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक की गई है, उस तब तक अतिरिक्त या कम्पल्ट रिम्बर्स किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- 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.
  - 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 (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित हैं, इसी "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् 'व्यक्तियों', राज, वाचक/रूप द्वारा उद्देश्य से लुई प्रचार/प्रसारण और प्रसारण/प्रसारण के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र के अंतर्गत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् उसके 'व्यक्तियों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

- 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ/यहाँ/यहाँ को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से ध्यान से स्पष्टीकरण करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त उपचार/प्रकार में होने या ले ली है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रचारित उक्त से ध्यान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोद अधिकृत/प्रकार हेतु मन्तव्य नहीं किया जाय है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय पर उक्त उपचार/प्रकार हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले ली/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले ली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार ही नहीं करता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु लेने एवं हस्पताल को बीच का नियंत्रण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य कामों की सारी जिम्मेदारी लेनी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई प्रभाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>90/11/24</p> | <p><i>Dr. Sankar Das</i></p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप न.</p> | <p><i>OPTIM KASHI DAS</i></p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>नाम व पद हस्ताक्षर एवं छाप सहित</p> |
|--|--|--|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आंतरिक उपयोग हेतु

|  |  |
|--|--|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>व्यक्ति हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Sankar Das</i></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>व्यक्ति हस्ताक्षर 2</p> <p><i>Sankar Das</i></p> |
|--|--|