

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0924/0120**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: **24.04.24**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **GITTA MONDAL**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **59** वर्ष-वर्ष
SEX **F** लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **PALASH MONDAL**
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

**ABHAYA BANARJEE ROAD BANJHATI
GHOLA BAZAR
NORTH 24 PARGANAS 700111 WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: **WORKER**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **4000 x 12 = 48000**
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. **स्वास्थ्य खाता संख्या**

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

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 से संबंध
1.	GITTA MONDAL	59	F	SELF
2.	PALASH MONDAL	59	M	HUSBAND
3.	APARNA DAS	34	F	DAUGHTER
4.	RINKI DAS	32	F	DAUGHTER
5.	SUVANKAR MONDAL	28	M	SON

BAIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि अपना

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) संश्लेषी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof किसी और साक्ष्य
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे नसे विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रक्रियेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSTIC - CATARACT - LE
	SURGERY - LE - (STIC+200)

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED की गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यथा:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य साबित न हो पाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं इस बात का सख्त यकीन "कोशिका फाउंडेशन", से भी करता हूँ, इसका उपयोग उम्मीद की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बतलाना है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि कुछ सहायता हेतु या वापस की गई है, उस राशि का वापस या सहायता किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कंपनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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) अपने नामों की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'व्यक्तिगत' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, प्रकाशन/प्रकाशित करने के लिये, मुझे प्राप्त करने के लिये, कोशिका फाउंडेशन और/वाटिका के लिये या इसके माध्यम से जानकारी बनाने के लिये उपयोग करे। मेरे द्वारा या फाउंडेशन को इसका उपयोग करने से पहले या बाद में मेरे लिये "कोशिका फाउंडेशन" से या अन्य किसी भी सहायता से सहायता मिलने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा या फाउंडेशन को इसका उपयोग करने से पहले या बाद में मेरे लिये "कोशिका फाउंडेशन" से या अन्य किसी भी सहायता से सहायता मिलने के लिये अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" से या अन्य किसी भी सहायता से सहायता मिलने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यादगार, प्रकाशन/प्रकाशित करने के लिये, मुझे प्राप्त करने के लिये, कोशिका फाउंडेशन और/वाटिका के लिये या इसके माध्यम से सहायता मिलने के लिये अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यथास्त/उम्मीद को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विना प्रश्न के सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से लेते हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के लिए उक्त रोगी/रोगी के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु लेते हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलती नहीं तो हमें उक्त रोगी/रोगी के लिए उक्त सहायता को सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। हम पुष्टि में स्पष्ट करता है कि हमारा इरादा है कि हमारे रोगी/रोगी के लिए उक्त सहायता को सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेते/लेती।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारे ही है। रोगी का इलाज हमारे ही है। रोगी का इलाज हमारे ही है। हमें अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने का अधिकार है। "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश/प्रक्रिया का निर्णय हमारे ही है। इसलिए हमारे ही रोगी के इलाज का और अपने अपने को सही निर्णय लेने का अधिकार है। हमें उक्त सहायता को सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से लेते/लेती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अंगण की तारीख 24/4/24	 Director M.R.E.S.M.S (G.K. Madalister) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)	 OPD/MK ANJAN DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनधिकृत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 
--	---