

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षणपाल)



APPLICATION No.: **K/0424/0123**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: **24.04.24**
आवेदन तिथि

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

AGE-YEARS **68**

SEX **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME: **ARUN MONDAL**
पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **संलग्न आवेदावधि का**
CAT SHAIYA GHANGAR II 700138
SOUTH 24 PARGANAS
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **संलग्न आवेदावधि का**
AS ABOVE



OCCUPATION: **COOK**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **4500 x 12 = 54000**
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. **स्वास्थ्य खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य 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 सम्बन्ध
1.	JAMINI MONDAL	68	F	SELF
2.	ARUN MONDAL	72	M	HUSBAND
3.	HARIDAS MONDAL	48	M	SON
4.	GURUDAS MONDAL	45	M	SON
5.	SOVARANI MONDAL	42	F	DAUGHTER
6.	BIVARANI MONDAL	38	F	DAUGHTER

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता हेतु दिने निम्नलिखित आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सटीम रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof जन्य कोई कारण
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने मने निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसन्धान/प्राधिकार से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
	DIAGNOSTIC - CATARACT - RB
	URINARY - RB - (SICK REPORT)

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED हो गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: उम्मेदवार 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया गया होगा तब यह प्रपत्र ही से मेरी सहायता निरस्त हो या सस्पेंड हो।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल इस प्रपत्र में उल्लेखित उद्देश्य के पूर्ण से ही हीन प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में कहा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके पूर्ण से, इस सहायता के अतिरिक्त या अन्य किसी भी स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से या जो कि इस हेतु और वही व्यक्ति से प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (उम्मेदवार द्वारा करार)

- 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 (उम्मेदवार) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रपत्र में उल्लेखित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, रूप, सम्पत्तियों द्वारा अर्थात् से सुगम विविधियों या उपकरणों के द्वारा किसी भी प्रकार प्रयोग से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका यह विवरण भी स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" या "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा मेरी छवि का उपयोग "कोशिका" द्वारा उद्देश्य-निर्देशों के निर्देश अतिरिक्त और अन्यथा नहीं होगा।
- 2) मैं (उम्मेदवार) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा उद्देश्य-निर्देशों के अतिरिक्त ही सुगम प्रयोग के लिए प्रयोग नहीं किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य-निर्देशों के निर्देश अतिरिक्त और अन्यथा नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

उम्मेदवार के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से कार्यवाही की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार व स्वीकृत करते हैं।

1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के लिए से प्राप्त करने के लिए किसी भी स्रोत से सहायता मांगेंगे, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं, जब तक कि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त नहीं होती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने का निर्णय केवल रोगी और हस्पताल के बीच होता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता के बिना अन्य उपचार/प्रक्रिया या सुझाव से कोई भी सहायता प्राप्त नहीं की जा सकती है। "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी रोगी के लिए सहायता की जाती है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुझाव और अपने करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी प्राप्त नहीं होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>24/4/24</p>	<p><i>Dr. Shiva Das</i> Director M.B.B.S., M.S (Gold Medalist) (Member of Dr. & Mughal Health Staff)</p>	<p><i>OPTOM ANAND DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR</p>
-----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्निहित प्रयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------