

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building lives of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या: K/0523/0134 APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 07/05/2023

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: SUBHAS MONDAL AGE-YEARS आयु-वर्ष: 58 SEX लिंग: M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BHANGATUSHKHALI, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS,

793496, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : व्यवसाय: FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय: RS. 4000 x 12 = 48000/-

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):

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 सम्बंध
1.	SUBHAS MONDAL	58	M	SELF
2.	ARCHANA MONDAL	58	F	WIFE
3.	SANNASI MONDAL	27	M	SON
4.	SUNIL MONDAL	27	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रिकार्ड के साथ 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विवरीत 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 (SIEST + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (अर्थवक द्वारा घोषणा करें):

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मुझे प्राप्त होगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयोग में लाया जाएगा, जो इस प्रारूप में प्रस्तुत किया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में हूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थवक द्वारा किया)

- 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.
- इस बात पर अपने इच्छाकार या अर्थवक को आप सहायक, मैं (अर्थवक) अपनी स्वीकृति को घोषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन-और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, उन्हें "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के विषय में किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी इच्छा का विवरण भी इसमें प्रस्तुत है कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अपनी अधिकृत हूँ।
- मैं (अर्थवक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित हैं, दुसरे प्रकार, सहायता का इच्छाकार नहीं करता; इस प्रारूप में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अक्षरकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्थवक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)

- 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:
- 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.
 - 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को जो भी में मांगने-पाने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अधिकृत/नकार हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हमसब को किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसब को किसी भी अन्य स्रोत/बीमा कम्पनी से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही गई सलाह या निर्णय को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसब को रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जीवन को सही विधियों द्वारा ही हस्ताक्षर को सही और "कोशिका" को कोई भुगतान या विनियमित इस प्रारूप में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/10/2023</p>	<p><i>Dr. Shikhar Das</i> M.B.B.S M.S Gold Medalist Reg. no. 7,035 (Name of Dr. & Regt. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व पतासा व एड्रेस नं.</p>	<p><i>OPTOM ANJALI DAS</i> Senior Assistant Professor (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKAR PRAKASH INSTITUTE नाम व पता हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामों हस्ताक्षर)</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामों हस्ताक्षर 2)</p>
	