

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या: **K/0523/0146** APPLICATION DATE आवेदन तिथि: **08/05/2023**NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: **NAMITA RANI BISWAS MONDAL** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **59** SEX लिंग: **F**FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुण्य का नाम: **NIRMAL KANTI MONDAL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

**BARABAMUNIA BISWAS PARA, GUMA, NORTH 24****PARGANAS, 743709, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

**- AS ABOVE -**OCCUPATION: व्यवसाय: **HOME MAKER**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **NIL**(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

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 संबंध
1.	NAMITA RANI BISWAS MONDAL	59	F	SELF
2.	NIRMAL KANTI MONDAL	65	M	HUSBAND
3.	ABHINAV MONDAL	49	M	SON
4.	ARPIA MONDAL	44	F	DAUGHTER
5.	BARNALI MONDAL	40	F	DAUGHTER

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति अधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

**DECLARATION by APPLICANT** (अर्थक द्वारा किया गया)

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 उक्त कथन असत्य पाया जाता है तो सारी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में दया गया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में सहायता हेतु यह राशि का अंशिक या पूर्णतः रिफंड किया गया होना/विदेशी/स्थानीय कम्पनी से व सौं लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्थक द्वारा किया गया)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 का छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी सहायता को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, पाठ्यक्रम, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रपत्र का विवरण को इन्तज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे प्राप्त सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
 अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Namita Rani Biswas Mondal.*

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा किया गया)

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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बंध/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव में मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी के सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधिगत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अंशिक/पूर्ण हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य के सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी के सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तिय सन्तुष्ट की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी का इलाज सुरक्षित और अपने कार्य को सही विधि/प्रकार से रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <i>08/05/23</i>	 <b>Dr. Shobashis Das</b> M.B.B.S M.S Gold Medalist Reg no. 71035 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रिज. नं.	 <b>OPTOM ANURAGTI DAS</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) <b>SANKAR ANJALI EYE INSTITUTE</b> नाम व नं. हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (अन्तरीक उपयोग हेतु)

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