

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building blocks of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या : K/0523/0205 APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 24/05/23

NAME of APPLICANT आवेदन का नाम : LAKSHI MONDAL AGE-YEARS आयु-वर्ष : 58 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कन्या का नाम : SUSHIL MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता : SOUTHAKURANI, NORTH 24 BARGANAS, 743496, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास का 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)

PAN No. आय का पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 आवेदन का साथ संबंध
1.	LAKSHI MONDAL	58	F	SELF
2.	MRITUNJAY MONDAL	35	M	SON
3.	AJAY MONDAL	30	M	SON
4.	RITA MONDAL	28	F	DAUGHTER
5.	ANIMA MONDAL	24	F	DAUGHTER
6.	BAISAKHI MONDAL	20	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अल्प 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 गए विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबिंदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICR + POL)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED लेई गई सहायता राशी
------------------------	---	--



**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कीजिए):**

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 दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कवर असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2.) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।

3.) मैं पुष्टि करता हूँ कि विना सहायता हेतु मेरा प्रबंधन को यह है, उस राशि का जर्जिनल या रिकवरी सिस्टम किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया):**

1) 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 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 अंगूठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मैं विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, दान, वाचना/यह दूर उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्ताव माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण को इस्तेमाल के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः, सहायता का हकदार नहीं बनना। इस माध्यम में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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:

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 its 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.

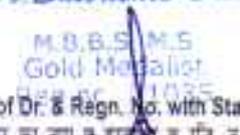
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से उपस्थित/पेश की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

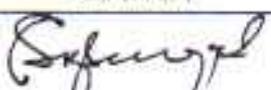
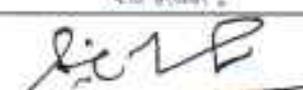
1.) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट राशि के समर्थ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/स्वीकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी तरह उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद प्राप्त होगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है। इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मैं विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, दान, वाचना/यह दूर उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्ताव माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण को इस्तेमाल के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों अधिकृत है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकार के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन का तारीख 24/05/23	  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इन्होंने केंद्र	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKRANTI HOSPITAL
--	---	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 रक्षक हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 रक्षक हस्ताक्षर 2 
--	---