

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. : K/0524/0189

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 14/05/24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : UJJALA MONDAL

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्प का नाम

NEMAR MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान ठेकासील पता

17 ULTADANGA ROAD SHYAMBAZAR MAULI
KOLKATA - 700004
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

5000 X 12 = 60,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 के साथ सम्बन्ध
1.	UJJALA MONDAL	65	F	SELF
2.	MONOTAR MONDAL	45	M	SON
3.	SRABANI DAS	40	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किन्से पत्रे निम्नो का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
	SURGERY - LE - (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से लीया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: उम्मेदवार द्वारा संघर्ष कर:

- 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 यहाँ पर सचता है कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई गलतबतुईय कथन या गलत जानकारी प्रस्तुत की जा रही है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ पर सचता है कि "उम्मेदवार फंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उम्मेदवार की पुराने से मिले हुए व्यय के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्रस्तुत किया है।
 3) मैं यहाँ पर सचता है कि मैं इस सहायता से पूर्व या बाद में, उक्त व्यय का पूरा या आंशिक रूप से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँ और न ही भविष्य में ऐसा कर सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (उम्मेदवार 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ थंब प्रिंटिंग करके, मैं (उम्मेदवार) अपने नाम की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, जो "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित, दान, सहायता प्राप्त करने के लिए कर्मियों और समर्थकों को मिले विवरणों को संचालित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस उपयोग का विवरण मेरे प्रश्न में प्रस्तुत है जो कि मेरे नाम के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।
 2) मैं (उम्मेदवार) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रेषित करने से मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं है। सहायता प्राप्त करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित विवरणों का उपयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

उम्मेदवार के हस्ताक्षर या बाएँ थंब 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.
- हमारी ओर से, हमारे द्वारा यहाँ पर प्रेषित, हमारे द्वारा "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सचता प्रस्तुत करते हैं।
 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए ले सकेंगे, जो कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया जा रहा है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिए हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया जा रहा है।
 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है और हमें उक्त सहायता प्राप्त करने के लिए उचित व्यवस्थापन का सुनिश्चित करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हमारे द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिए उचित व्यवस्थापन का सुनिश्चित करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 हमारे द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिए उचित व्यवस्थापन का सुनिश्चित करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery संघर्ष की तारीख</p> <p>14/05/24</p>	<p><i>Dr. Subash Das</i> MBBS (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम पंजीकरण नंबर सहित</p>	<p><i>OPTIM AURORA DAS</i> Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory an behalf of Hospital) जून व एन डी हस्पताल के अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

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