

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0524/0198
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE 17/05/24
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SHYAMAL MONDAL
 आवेदन का नाम

AGE-YEARS 66
 SEX M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MONDAL PARA, PATHARGHATA, RAJARHAT, NORTH
 2A FARGANAS HOOTIS WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: — AS ABOVE —



OCCUPATION: LABOURER
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4500x12 = 54,000/-
 कुल वार्षिक आय

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

PAN No. (आय का संचयन संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 संबंध
1.	SHYAMAL MONDAL	66	M	SELF
2.	SUBRATA MONDAL	37	M	SON
3.	BABLU MONDAL	33	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए किन्हीं 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 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 साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे क्या चिकित्सा का उद्देश्य

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लीक गया (हो)

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्थीक द्वारा लिखने पर)

- 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 यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत या झूठा साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग गया है।
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो सहायता की और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक द्वारा करता)

- 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.
- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (अर्थीक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में घोषित है, जो "कोशिका" एलएम, न्यूजी, एन, सचकायत द्वारा इच्छित से दूरी परीक्षाओं को उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण भी इसका हिस्सा है जो मैंने मांगे के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से लूना अधिकृत है।
- मैं (अर्थीक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित की जा सकती है, सहायता के इच्छित नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एलएम, न्यूजी, एन, सचकायत को निर्णय अधिकार और सचकायत होगा।

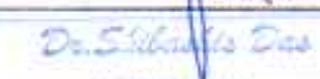
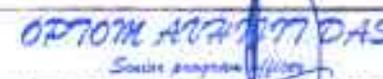
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्थीक के हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप



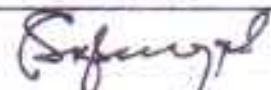
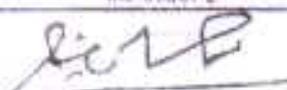
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करता)

- 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 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.
 - 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.
 - हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सचकायत/हॉस्पिटल को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्ताक्षर) वित्त प्रस्ताव से सहायता नहीं लेंगे।
 - यदि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/पान करने में सक्षम हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधिगत रूप से सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिगत अधिकृत/सहायता हेतु सक्षम नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत/सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में जल्द करार प्राप्त है कि सहायता/होमिडियन मदद प्राप्त करने/पान करने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेंगे/पान करेंगे।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, हॉस्पिटल द्वारा ही वह सहायता का विवरण को सचकायत/होमिडियन का चुनाव नहीं पर हस्ताक्षर को सहायता का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में हॉस्पिटल को सहायता प्रदान और अपने करने की जाती सिफारिश की जाती है हस्ताक्षर की ओर और "कोशिका" को कोई सहायता या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
सिफारिश की गयी स्वीकृति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 17/05/24	 Dr. S. Subhakar Das M.B.B.S., M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इच्छितक के साथ "म"	 OPTOM ANURAGTI DAS Senior program officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA JYOTI HOSPITAL नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बरी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बरी हस्ताक्षर 2 
---	--