

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 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 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 लिया 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 (अर्थीक सहायता के लिए)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कहीं कोई झूठा या गलत बयान दिये जा रहे हैं तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ पर सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का दावा करता हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, या इस प्रारूप में बताना था।
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में पूर्ण या आंशिक रूप से अपने चिकित्सा खर्चों के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक सहायता के लिए)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.
- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थीक) यहाँ पर सहमत और अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित है, इस "कोशिका" एलएम, न्यूज, पत्रिका/पत्र, दूरदर्शन से दूरदर्शन के माध्यमों से या किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे उद्देश्य के रहने या जाने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- मैं (अर्थीक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हो सकते हैं, सहायता के उपकरण नहीं बनाएंगे। इस संबंध में "कोशिका" एलएम, पत्रिका, न्यूज, पत्रिका के माध्यमों से प्रकाशित और प्रसारित हो सकते हैं।

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



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

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 की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रस्ताव से लाभ न भोजित करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें प्राप्त करने के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधिगत रूप से सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिगत अधिकृत/अनुमति हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमें अपने किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत/रोजगार से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि में जल्द से जल्द कि सहायता प्रदान करने के लिए प्रस्तावित हेतु किनी है। सहायता के लिए या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/पाने।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता के लिए वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार जो कि सहायता के लिए प्रस्तावित/अनुमति का चुनाव रोगी या हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज प्रस्ताव और अपने करने की जाती सिफारिश की जाती है। हॉस्पिटल की रोगी और "कोशिका" की कोई भी प्रतिक्रिया या सिफारिश इस प्रस्ताव में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अवस्थापन की तारीख</p> <p>17/05/24</p>	<p><i>Dr. Srinivas Das</i> M.B.B.S</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाजक के पंजीकरण</p>	<p><i>OPTIM AVANITI DAS</i> Sankara Jyoti Hospital</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA JYOTI HOSPITAL गोपबंदरु इलाजक के अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - अर्थीक सहायता हेतु

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