

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No. : **K/0524/0209**
आवेदन संख्या

APPLICATION DATE **18/05/24**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **BECHURAM MONDAL**
आवेदक का नाम

AGE-YEAR **67**

SEX **M**

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **KARATBERIA, HOWRAH NIZIC, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**

OCCUPATION: **FARMER**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **4000 X 12 = 48,000/-**

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. **स्वयं खाल में भरें**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो सत्य 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.	BECHURAM MONDAL	67	M	SELF
2.	MAYA MONDAL	59	F	WIFE
3.	PRAFULLA MONDAL	32	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) योग्यता रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे यह विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 किसी अन्य स्रोत से लिख गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौ से सहायता मिली



DECLARATION by APPLICANT (आवेदक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन प्रस्तुत किया जाये है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मेरी मदद सही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में सत्य सत्य है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए, भविष्य में या भविष्य में, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से कोई भी राशि प्राप्त करने के लिए नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसेदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, जो "कोशिका" फाउन्डेशन, पत्र, पत्रिका/पत्र, दूरदर्शन, रेडियो, टी.वी. स्क्रीन, ऑडियो, वीडियो, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि माध्यमों से कलेक्शन के लिए किया जा सकता है। इसका उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मेरे सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत किया है।
- 3) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मेरे सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत किया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)

- 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 present, 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.
- यहाँ अधिकृत हस्ताक्षर की जाय में हमारे/हमारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हमself) निम्न प्रकार से प्राण व जीवित करती है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें प्राप्त करने के लिए हमें प्रार्थना है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रार्थना प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि/प्रक्रिया/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमself किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रकृत में जहाँ कहा जाता है कि हमself वित्तीय सहायता प्राप्त करने/प्राप्त करने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेनी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी पर हमself द्वारा दी गई सहायता या निम्न प्राण व जीवित/सुरक्षा का प्रस्ताव नहीं है। हमself को सहायता संगठन और अपने करने को सही सिफारिश लेनी एवं हमself को सही और "कोशिका" को सही प्रकृत या सिफारिश इस सहायता में नहीं करनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>18/05/2024</i>	 Dr. Sankar Das MBBS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम एवं हस्ताक्षर व रजि. नं.	 OPTOM ANVANTI DAS Senior program officer (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) SANKARA JYOTIKA HOSPITAL नाम व पद हस्ताक्षर और मुद्रा अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामों हस्ताक्षर 1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामों हस्ताक्षर 2)
