

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
**सहायता हेतु आवेदन प्रारूप**

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0524/0246** APPLICATION DATE : **25/05/24**  
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **DURGA MONDAL** AGE-YEARS **74** SEX **F**  
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME : **DULAL BURMAN**  
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **बर्मान उपमंडल पहा**  
**(SOUTHAKURANI), NORTH TWENTY FOUR**  
**PARGANAS 743446, WEST BENGAL**  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **सदर उपमंडल पहा**  
**— AS ABOVE —**



OCCUPATION : **HOUSE WIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  
 व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : **4000 X 12 = 48,000/-** (Attach Proof of Income)  
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. **उपरोक्त खाली रखें**  
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / हाँ**  
 क्या आप आय कर देता हैं (जो लागू हो उस पर खींचें या निरुद्ध रखें)

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या सम्बन्ध
	<b>DURGA MONDAL</b>	<b>74</b>	<b>F</b>	<b>SELF</b>
<b>21</b>	<b>USEE NANI MONDAL</b>	<b>81</b>	<b>M</b>	<b>HUSBAND</b>
<b>3</b>	<b>SUSHANTA MONDAL</b>	<b>49</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>
<b>4</b>	<b>SUDAR MONDAL</b>	<b>46</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>
<b>5</b>	<b>MANJUMARI MONDAL</b>	<b>42</b>	<b>F</b>	<b>DAUGHTER</b>

**BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
**सहायता के लिये किसी आधार**

<b>BPL Card (Attach Card Copy)</b> पीपीई कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	<b>ENS Certificate (Attach Certificate Copy)</b> अन्य अन्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	<b>Ration Card (Attach Copy)</b> उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
**सहायता हेतु लिये की किसी का उद्देश्य:**

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
<b>1.</b>	<b>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</b>
<b>2.</b>	<b>SURGERY — RE (SIES + IOL)</b>

**ASSISTANCE BEING AWAIED 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 AWAIED सी गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण एवं सत्यता का दावा इससे मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले हुए सहायता, केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग करेगा, जो इस प्रपत्र में प्रयोग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या अन्यथा किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या किसी भी और न केवल केवल के लिये नहीं आऊँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सत्यापन)**

- 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 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यवस्थापकों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित करें, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् 'व्यवस्थापकों' द्वारा प्रकाशित या प्रसारित करने के लिये किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निष्पत्ति मेरे सहायता के लिये या फिर मैं अपने कर्म के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के लिये से प्रकाशित है मुझे सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् उसके 'व्यवस्थापकों' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सत्यापन)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & except 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आदेशित के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता या स्वीकार्य नहीं है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिये से मिले या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के लिये से सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अन्यथा हेतु सहायता नहीं मिले या ले रहे हैं, तो हमें सहायता निरस्त अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय सहायता उदाहरण के लिये सिफारिश की सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकते।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाले सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हस्पताल द्वारा ही कोई सहायता या निर्णय लेने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्पताल को सहायता निम्न है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। हस्ताक्षर हस्पताल में लेने के लिये सुरक्षित और सहायता लेने की सही सिफारिश लेने एवं हस्पताल को लेने और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई सुरक्षित या निर्णय हेतु सहायता से नहीं लेते।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

<p>Date of Surgery अपरेसन की तारीख</p> <p>25/05/24</p>	<p>स्वीकृति के लिए प्रस्तुति</p> <p><i>Dr. Sankar Das</i></p> <p>M.B.B.S M.S</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. उचित</p>	<p><i>OPTOM ANAGATI DAS</i></p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory (on behalf of Hospital))</p> <p>SANKAR DAS</p> <p>नाम व पद (अधिकृत अधिकारी के लिये)</p>
--	--	---

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Sufan</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>Sufan</i></p>
--	--