

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. K/0623/0247 आवेदन संख्या		APPLICATION DATE: 04/06/23 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: SUBHAS MONDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 58	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME BISTU MONDAL पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता BHANGATASH KHALI, NORTH 24 PARAGANAS, 743446 WEST BENGAL.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता AS ABOVE			
OCCUPATION: FARMER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 4000 x 12 = 48,000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. स्थायी खाता 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 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
1.	SUBHAS MONDAL	58	M
2.	SANNASI MONDAL	30	M
3.	SUNIL MONDAL	26	M
4.	SANTAY MONDAL	23	M
5.	RITA MONDAL	17	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
SELF			
SON			
SON			
SON			
DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किए गये विनतों 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 ली जा चुकी है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: मैं/हम निम्नलिखित का प्रमाणित करता/करते हूँ कि:

- 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.
- 4) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कारण असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ पर यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में धरा रखा है।
- 6) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि किस सहायता को प्राप्त करने के लिये, उस राशि का अधिक या समकाल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिज्ञात प्रार्थक)

- 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/post-upreproduce 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 fulfilment 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 रूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यापारी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार में प्रेषित है, इसे "कोशिका" एवम् व्यापारी, दत्त, वाचनायक द्वारा उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का विवरण यों प्रसार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व व्यापारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य में प्रेषित है, मुझे स्वतः सहायता का हक्काला नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् व्यापारी के निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेदन के तत्पश्चात् या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (PRINT OR TYPE)

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.

इसमें अधिष्ठित, इस्ताधारे की ओर से प्राप्त, जहाँ की "कोशिका-कारण्डेशन" से विविध संभावना हेतु विचारित की जाती है, जिसे इन (हमारे) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो सर्वोपार्जन और न ही अधिकारों में अंतर। सरकारी सम्पत्ति का किसी अन्य व्यक्ति से उक्त योग्य/सम्पत्ति में लेने का तब है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में निवेशित/विनिवृत्त उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मध्य देखा कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्थापित विनिवृत्त अधिकार/सम्पत्ति हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अव्यवस्थित किसी अन्य की सरकारी सम्पत्ति का किसी अन्य सम्पत्ति से स्थापित लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अव्यवस्थित द्वितीय मध्य उक्त योग्य/सम्पत्ति हेतु किसी और सरकारी सम्पत्ति का किसी अन्य सम्पत्ति से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से न तो सर्वोपार्जन अथवा अधिकार प्रकृति को है। सभी पर हमसत्ता द्वारा ही यह स्पष्ट था किने गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु योग्य एवं व्यवस्थित का बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए, हमसत्ता में योग्य का इच्छा सुरक्षा और जाने जाने की सभी विनिवृत्त योग्य एवं व्यवस्थित की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विनिवृत्त इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery
अभियंता की तारीख

अभिनव की भावना

04/06/23

Dr. Shibashis Das

M.B.S. No.

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

[illegible]

OPTOM AVINASH DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

SANKARAYOGI INSTITUTE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

मानसिक रूपपांग रीत

SIGNATURE of TRUSTEE:

व्यापी स्थिति।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तक्षेत्र २

Rich