

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या **K/0623/0282** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **13/06/23**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **SABITA MONDAL** AGE-YEARS आयु-वर्ष **56** SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रवर्धन का नाम **INDRA MONDAL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
**KORAKATI, NORTH 24 PARGANAS 743446,
WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION : व्यवसाय **HOUSE WIFE**

MARKED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **NIL** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य मूल्य)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) : क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गूँठी का चिह्न लगाएं) Yes No

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 सम्बन्ध
1	SABITA MONDAL	56	F	SELF
2	SKRINIBAS MONDAL	63	M	HUSBAND
3	TULSI MONDAL	33	F	DAUGHTER
4	TAPAS MONDAL	29	F	DAUGHTER
5	LALBANI MONDAL	05	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

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 प्रकरण में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कल्पन अथवा धांधलया है तो मेरी महाशया विफल हो-जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो महाशया पत्र "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग उल्लेख उद्देश्य को पूर्णतः के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में धारा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि-किस महाशया हेतु यह राशि की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य धार/निर्धारक/धोखा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

1) 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) (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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के दाग लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ज्यारियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो वगैरे जो विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् ज्यारियों, धार, वाचना/क दूरदर्शन से दूरदर्शन गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व ज्यारियों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से स्वीकार हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महाशया के उद्देश्यों से प्रेषित हैं पूर्णतः महाशया का इस्तेमाल नहीं कराया। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके ज्यारियों का विवेक अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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:

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.


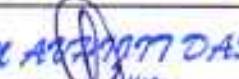
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume 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.

इससे अधिकृत, हमारा प्रतिज्ञा है कि हमें इस मामले में "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय महाशया हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय महाशया किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उका टोपी/पथमें में ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उका के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महाशया किन्हीं आर्थिक/सकल हेतु मांगी नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/धार से महाशया लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्तर उका टोपी/पथमें हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई महाशया केवल वित्तीय प्रकृतियों को है। रोगी का इलाज हेतु ली गई सलाह या विकल्प उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने करने की सभी जिम्मेदारियों टोपी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/06/23	 Dr. Shikha's Das M.B.B.S, M.S. (Name of Do & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ	 OPTOM ANSHU DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR JYOTI OPTICAL INSTITUTE
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्यारियों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्यारियों हस्ताक्षर 2
