

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

K/0624/0263

APPLICATION DATE 06/06/24

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

AMELA MANDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

79

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

PARESH MANDAL

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS - 743412 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

— AS - ABOVE —

OCCUPATION:

HOUSE WIFE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

5000 X 12 = 60,000 ₹

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. आय का संचयन

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	AMELA MANDAL	79	F	SELF
2.	CHABSI MANDAL	53	F	DAUGHTER
3.	PRADEEP MANDAL	50	M	SON
4.	SUBIR MANDAL	38	M	SON
5.	KRISHITA MANDAL	45	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) राशनकार्ड कापी (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे मने विनती 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 रही है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाले द्वारा)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान/समाचार दिया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी प्रकार के भुगतान/पुनर्भरण/बीमा कम्पनी में से भुगतान नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले द्वारा)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 मेरा हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हो चुका हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को आवश्यकता पड़े पर मेरा नाम, पता, फोटो और कोई भी विवरण इस उद्देश्य के लिए प्रयोग कर सकते हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए या "कोशिका फाउन्डेशन" के बारे में जानकारी फैलाने के लिए उपयोग कर सकते हैं।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायता के भुगतान/पुनर्भरण से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं रहेगा। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" के भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा)

- 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 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.
 - 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, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। जिस बात (इन्फार्मेशन) हमें इसका पता चलता है।

- यह कि - तो वर्तमान और भविष्य में किसी भी प्रकार की सहायता के बिना हमें सहायता के बिना किसी अन्य स्रोत से सहायता (फाइनेंस) से सहायता के बिना नहीं लेनी चाहिए, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता के बिना नहीं लेनी चाहिए।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।

"कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है। इससे अधिकृत, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। जिस बात (इन्फार्मेशन) हमें इसका पता चलता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

06/06/24

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर

OPTOM. ANSHU DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2

[Signature]