

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION No.: K/0624/0304 आवेदन संख्या:			APPLICATION DATE: 15/06/24 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: DAISI MONDAL आवेदक का नाम			AGE-YEARS: 62 आयु-वर्ष	SEX: F लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LACIMI MONDAL पिता/ससुरा का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: ARABINDA NAGAR WARD 13, DANKUNI COAL COMPLEX, HOOGHLY 712310, WEST BENGAL वर्तमान आवासीय पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE स्थायी आवासीय पता					
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 करें)		
PAN No. [Blank] आवेदक का आयकर पहचान संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं):					
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.	DAISI MONDAL	62	F	SELF	
2.	DEBKUMAR MONDAL	37	M	SON	
3.	REKHA MONDAL	33	F	DAUGHTER	
4.	BIVA MONDAL	28	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवक्षित 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SIAS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्रों?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन-सी राशि सहायता रही	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करने के लिए)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statements 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 पर स्पष्ट करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन या कोई गलत जानकारी देता हूँ तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक निश्चय करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर स्पष्ट करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक प्रार्थना की नहीं है, इस रकम का अधिक या कमता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करने के लिए)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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.
- 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान करके, मैं (आवेदक) यहाँ पर स्पष्ट करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसेमंद लोगों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में बताये गये हैं, इस "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी, मेरी पत्नी, मेरे बच्चे, मेरे परिवार के सदस्यों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से इस्तेमाल करने के लिए अधिकृत है। मेरे आवेदन का निष्पत्ति मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से अधिकृत है, उसे केवल सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिये गये निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा करने के लिए)

- 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 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हमself) निम्न प्रकार से स्पष्ट कर रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं होगी, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किसी अन्य स्रोत से। "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार से नहीं मिलती है, तो हमself किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्राप्ति से स्पष्ट करना चाहते हैं कि हमself द्वारा दिये गये उक्त सिफारिश हेतु किसी भी सकारात्मक या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हमself द्वारा दी गई सहायता या किन-कौन-कौनसे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव सभी एक हमself का ही है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हमself ने मेरी या हमself द्वारा दिये गये और करने की सभी जिम्मेदारियाँ मेरी या हमself की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15/06/24

Dr. Subhasis Das

M.B.B.S M.S.

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व स्टैम्प

OPTOM AKSHIT DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

SANKAR ANUPAM SINGH SANKAR

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोसेमंद इलाका 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोसेमंद इलाका 2

Dr. P. P.