

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : K/0624/0313 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 17/06/24 आवेदन तिथि :		
NAME of APPLICANT : AJIDUL MONDAL आवेदक का नाम :		AGE-YEARS : 56 आयु-वर्ष :	SEX : M लिंग :	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MUNCHUR ALI MONDAL पिता/पत्नी का नाम :				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : JADABPUR, HADIPUR, NORTH 24 वर्तमान निवास पता :				
PARGANAS : 743424 WEST BENGAL PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : — AS ABOVE — स्थायी निवास पता :				
OCCUPATION : BAMBOO SELLER व्यवसाय :		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : 6000 X 12 = 72,000/- कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. : ☒ ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आय का स्थायी पहचान संख्या : ☒ Yes / हाँ ☐ No / नहीं				
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 से संबंध
1.	AJIDUL MONDAL	56	M	SELF
2.	SAHARBANU BISI	48	F	WIFE
3.	MASUD MONDAL	22	M	SON
4.	MEHEBOOB MONDAL	18	M	SON
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियम आधार				
☒ BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोपरी रखा 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) अनापूर्वता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (सहायता हेतु किसे यह विनियम का उद्देश्य)				
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
		DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
		SURGERY — LE (SICS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत या झूठा साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता इसी उद्देश्य के लिए प्रयोग होगी, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में अपने चिकित्सा खर्च का पूरा भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी के तहत नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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.
- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की 엄指 छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रपत्र में बताये हैं, को "कोशिका" एगम्प न्यासी, शब्द, चित्रण आदि माध्यमों से प्रकाशित करने के लिए उपयोग कर सकें। इस प्रपत्र पर मेरा फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के उद्देश्यों के लिए किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के उद्देश्यों के लिए प्रकाशित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ की 엄指 छाप

✓ 

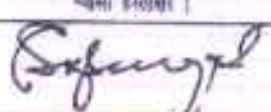
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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:
- 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.

- हमारे अधिकृत, हमसुचक की ओर से मामला/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से तथा उपरोक्त मामलों में हमें या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती नहीं है, तो हमसुचक किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा सहायता के लिए कोई भी भुगतान हमसुचक के लिए नहीं होगा।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। हमसुचक हस्पताल में रोगी के इलाज के लिए और अपने अपने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं। "कोशिका" की कोई भी भुगतान या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17/08/24	 Dr. Shiladita Das M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्पाटल की ओर से अधिकृत डॉ. की ओर से	 DR. SHILADITA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम, पद और हस्ताक्षर/छाप के साथ SANKAR HOSPITAL
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 