

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0624/0316**
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **19/06/24**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **RASMONI MUNDA**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष: **62**
SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **JATAI MUNDA**
पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **KACHUKHOLA, ATRAKUR, MINAKHAN, NORTH**

24 FARGANAS TAZADG, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**



OCCUPATION: **HOUSE WIFE**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **4500 x 12 = 54,000**
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

FAMILY DETAILS परिवार प्रमाण

| 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 संबंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1. | RASMONI MUNDA | 62 | F | SELF |
| 2. | JATAI MUNDA | 69 | M | HUSBAND |
| 3. | AMAL MUNDA | 36 | M | SON |
| 4. | SAHACHARI MUNDA | 30 | F | DAUGHTER |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये कितनी आधार

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|--|--|---|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे या किसके 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 (STES + IOL) |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य जगह से लिये गया 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: (अर्शिका द्वारा कथना)।

- 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 कथना करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्णतः करने के लिए किया जाएगा, या इस प्रश्न में बता गया है।
- मैं यहाँ कथना हूँ कि भविष्य में भी या भविष्य में भी मैं, इस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से पूरा नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा कथना)

- 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.
- 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति को पूर्णतः करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हैं, इस "कॉशिका" एम्प्लॉयर, एन. एम्प्लॉयर द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे अपने नाम के अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से पूरा नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।
- मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिए अलग-अलग और अलग-अलग तरीकों से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। इस सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिए अलग-अलग और अलग-अलग तरीकों से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।

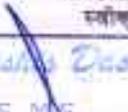
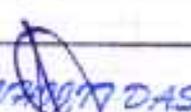
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्शिका के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप



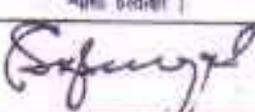
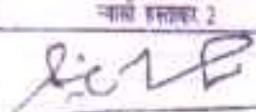
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कथना)

- 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 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.
 - This 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.
 - यहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित करने "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रसार से लाभ न स्वीकार करते हैं।
 - यह कि हम तो भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए अनुरोध करने में सक्षम हैं। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हमें अपने वित्तीय अभाव को पूरा करने के लिए अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से पूरा करने के लिए अधिकृत है।
 - "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी को हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता का विवरण को हस्ताक्षर/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी को हस्ताक्षर प्राप्त और अपने अपने को पूरी जिम्मेदारी होती है। हमें हस्ताक्षर की रोगी और "कॉशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस प्रकार से नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमोदित

| | | |
|--|---|---|
| Date of Surgery अपरेशन की तारीख 19/06/24 |  Dr. Subash Das M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. सुबाश दास के नाम के साथ छाप |  OPTOM ANURAG DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. सुबाश दास के नाम के साथ छाप SANKARAYOGI HOSPITAL |
|--|---|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका के उपयोग हेतु)

| | |
|---|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 |
|  |  |