

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. : K/0723/0389 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 23/08/23 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : PANCHU GOPAL MONDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 61	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ADHAR MONDAL पिता/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता SUKHDOANI, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS, 743446, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION : LABOURER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : 3000x12= 36000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. स्थायी आय संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर सही का निशान लगायें)				
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 संबंध
1.	PANCHU GOPAL MONDAL	61	M	SELF
2.	SARDAS WATI MONDAL	56	F	WIFE
3.	GOUR MONDAL	27	M	SON
4.	PRABIR MONDAL	23	M	SON
5.	KALPANA MONDAL	20	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवर्तित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सलग आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विवर्तित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगग्रस्त/वैद्यक से जारी की गई प्रक्रियेद्वारा 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 लेई गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें:

- 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(s)/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं/असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्नपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता से मुझे कोई भी अन्य सहायता/पैसे/वैधिका/अन्य स्रोतों/रोजी/रोजगार/बीमा कम्पनी से न मिलेगा और न ही भविष्य में मिलेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfillment 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 प्रश्नपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मोहर का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्नपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, दूरदर्शन/वाणिज्यिक/गैर-वाणिज्यिक/दूर-अंतरास से मुझे जानकारी/समाचार/समाचारिकाओं के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे इलाज के उपरान्त या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का किसी भी प्रकार का उपयोग मेरे इलाज के प्राप्ति के लिए नहीं, बल्कि सहायता का इलाज जारी रखने के लिए "कोशिका" द्वारा, दूरदर्शन/वाणिज्यिक/गैर-वाणिज्यिक/दूर-अंतरास से मुझे जानकारी/समाचार/समाचारिकाओं के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे इलाज के उपरान्त या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक को हस्ताक्षर या बाएँ तलुआ छापना

*डा. शिबाश्वस दास***AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर को और से नाम/पता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का दावा नहीं है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अधिकृत/अनधिकृत हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत/सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता प्राप्त होगी/प्राप्त होने के लिए सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त होगा।

- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के इलाज सुझाव और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई दखल या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

23/5/23

*Dr. Shibashis Das*M.B.B.S.N.S
(Name of the Doctor with Stamp)
Reg no. 11935*Dr. Shibashis Das*(Name, Designation & Address of Authorised Signatory
(Name of the Hospital)
SANKAR KORTHY HOSPITAL**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Shibashis Das