

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

 APPLICATION No. : K/0729/0426

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 30/07/23

आवेदन तिथि :

 NAME of APPLICANT : SANDHYA MONDAL

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 63

SEX लिंग : F

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : DHANANJAY PRAMANIK

पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान-आवासीय पता

 DWAR JANGLE, SANDESHKHALI, NORTH 24

PARGANAS, 743446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(आपका आय प्रमाण)

PAN No. : आपका आय प्रमाण

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)
Yes / NA
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार की सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	SANDHYA MONDAL	63	F	SELF
2.	ARJUN MONDAL	30	M	HUSBAND
3.	RAMESH MONDAL	38	M	SON
4.	RAMKRISHNA MONDAL	36	M	SON
5.	KAMATA MONDAL	33	F	DAUGHTER

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के साथ 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसी एक विलोप 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 — REC (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 उसी हेतु सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:-

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

- 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, कि कोई अन्य व्यक्ति या संस्था किसी अन्य डॉक्टर/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न मिले और न ही भविष्य में मिले।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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.

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 दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत कर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टी को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस दस्तावेज़ में शामिल करें, उसे "कोशिका" एप्यू न्यूज/टेली. माध्यम/या अन्य माध्यम से दुसरे उद्देश्य के लिये प्रसारित करें और इन विवरणों को बिना किसी भी प्रकार के भुगतान के प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं अपने नाम और विवरण को इस दस्तावेज़ के द्वारा मेरे नाम से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से किसी भी प्रकार के भुगतान से इनकार करता हूँ।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हो चुका है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एप्यू उसकी गतिविधियों का विवरण और जानकारी देगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ थंब प्रिंट का निशान

**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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) बिना किसी भी भुगतान के स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जा सकती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरना हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वितरित नहीं की जाती, तो हमें सहायता किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षर द्वारा उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेना।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता संगठन वितरित की जाती है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही नहीं मरना या बिना गले उभार/उभार का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर का ही है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी को इसका चुनाव और करने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 30/7/23	Dr. Shibashis Das M.B.B.S Gold Medalist (Name of Doctor with Stamp) डॉक्टर का नाम और हस्ताक्षर के साथ	OPTOM ANITA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA JYOTI HOSPITAL
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2