

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)			
APPLICATION No. : ४/०९२४/०७५१ आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : ०९/०९/२४ आवेदन तिथी			
NAME of APPLICANT : AUSTO MONDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 64		SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम		KUNJABIHARI DAS			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता JAGATPUR, BRINDABANPUR, HOWRAH 711316, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION : व्यवसाय HOME MAKER				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) MARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 4000 X 12 = 48,000/-				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / 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 के साथ सम्बन्ध	
1.	AUSTO MONDAL	64		SELF	
2.	PRADIP MONDAL	35	M	SON	
3.	PRATHI MONDAL	32	M	SON	
4.	PRADIP MONDAL	28	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती 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 (SKS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: अर्जद्वारा द्वारा घोषणा पत्र:-

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी की अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता (अथ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में ध्या गया है।
- 3) मैं एतद्विधता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रारूप भरा गया है, उस राशि का अवशेष वा सकता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीता।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमोदन करणारा)

- 1) 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.
- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्धक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, जहाँ "कोशिका" एवम् त्रस्टी, नाम, सम्पत्ति/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण वो इसका वो पहले या बाद में करने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" व त्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्धक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है जुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

व्याघ्रदेव ने हस्ताक्षर का अंगूठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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.
- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अधिकतम, जगत्सर्वी की ओर से मामले/रंगों को "कोशिका फाइन्डेशन" से विधिगत सहायता हेतु सिफारिश भी जलाई है, जिसे इस (हमसवात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वार्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठाए जाएगी। वार्तमान में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विकारित/विनिर्जित उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्जित आशिक/सफल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो असम्भल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुशुचित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्भल द्वितीय मंदर उठाए जाएगी। वार्तमान में हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेने/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। लेने पर हमसम्भल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु लेनी एवं हमसम्भल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नहीं है। इसलिये हमसम्भल में लेनी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी लेनी एवं हमसम्भल की लेनी और "कोशिका" की कोई भीयका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 09/09/24	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाहाबाद नं. २	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) राम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनुसूचित उपयोग हेतु

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