

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1023/0682 APPLICATION DATE : 03/10/23  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : PARESH MONDAL AGE-YEARS : 68 SEX : M  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KRISHNAPADA MONDAL  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KORAKATI, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS, JALPAIGURI, WEST BENGAL  
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE  
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : FARMER MARRIED (निवाहित) / UNMARRIED (अनिवाहित)  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : 2000 X 12 = 24000/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : त्याई 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.	<u>GIITA MONDAL</u>	<u>68</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>UJJAL MONDAL</u>	<u>34</u>	<u>M</u>	<u>WIFE</u>
3.	<u>SAPNA MONDAL</u>	<u>30</u>	<u>F</u>	<u>SON</u> <u>DAUGHTER</u>

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<u>DIAGNOSIS = CATARACT - RE</u>
2.	<u>SURGERY - RE (STEC + IOL)</u>

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES.  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ली गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा कथित 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मेरे द्वारा जो सहायता पत्रि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में कहा गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह व्यय भुगतान की गई है, उस व्यय का अतिरिक्त या समकाल विभिन्न किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सित्य है और न ही भविष्य में सूर्या।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदनक द्वारा कथित)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोपे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्यूसी, पत्र, संचारण/या कृत्रिम उद्देश्य से कृत्रिम पत्रिकाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छा के परते से बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यूसी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है कृत्रिम उद्देश्य: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू उसके न्यूसी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान





**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्ताक्षर द्वारा कथित)

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:

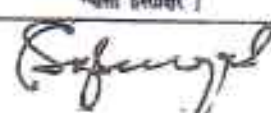
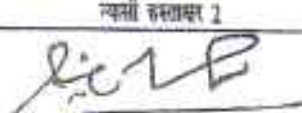
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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.

इसकी अधिष्ठा, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इन (हस्ताक्षर) विना प्रपत्र से कथन व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मया हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सहायता हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा दी गई इच्छा या निर्णय पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी को इच्छा सुरक्षा और जाने जाने को जारी जिम्मेदारी देगी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या वित्तीयता इस मामले में नहीं होने।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख  03/10/23	 Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर (का) नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर	 OPTOM ANAND DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Council on behalf of Hospital SANKAR JAYATI HOSPITAL
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यूसी हस्ताक्षर 1  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यूसी हस्ताक्षर 2  
---	--