

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रक्षामार्ग)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **K/1123/0797** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **07/11/23**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **JAYANTI MONDAL** AGE-YEARS : आयु-वर्ष : **82** SEX : लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/ससुरा का नाम : **SASADHAR MONDAL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
DAKSHIN DEARBUCK SOUTH 24 PARGANAS
KULESWAR WEST BENGAL 743375

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION : व्यवसाय : **HOUSE WIFE**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **4000 X 12 = 48000/-** (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 लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / हाँ / No / 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.	JAYANTI MONDAL	82	F	SELF
2.	SASADHAR MONDAL	84	M	HUSBAND
3.	MALATI MONDAL	35	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) परीवी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय व्यय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे क्या विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - (LE)
2.	SURGERY - LE - (STEPS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

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



DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक द्वारा बयान 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 बयान करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन अलग सत्य बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ बयान करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्णतः होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में बयान किया है।
 3) मैं यहाँ बयान करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं अब तक किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से या तो सहायता नहीं ले चुका हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्पक) यहाँ सहमत होकर यह स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रेषित हैं, जहाँ "कोशिका" एचएनएस, राज, चम्पलवा द्वारा उद्देश्य से सूची प्रकाशित करने के लिए विचारों को संचालित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे उद्देश्य के पूर्णतः होने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ट्रस्टी अधिकृत है।
 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रेषित होने के लिए अलग या इसका जारी करना इस सहमति में "कोशिका" एचएनएस ट्रस्टियों का विचार अंतिम और अविरोधी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

(Handwritten signature)

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 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.
- हमने यहाँ बयान, हस्ताक्षर की गारंटी से आगे बढ़ते हुए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसी अन्य (हस्पताल) विधि प्रकार से अन्य व 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 उठाया जायेगा, जो उठाया जायेगा, तो केवल "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सहायता मिलेगी, यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हस्पताल को सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठाया जाने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस स्वीकृति में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला वित्तीय करार उठाया जायेगा हेतु किसी भी हस्पताल संस्था या किसी अन्य संगठन से नहीं होगा।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस रोगी के चिकित्सक/हस्पताल का चुनाव रोगी स्वयं इलाज के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज चुनना और जाने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी स्वयं इलाज के बीच और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

04/11/23

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S. M.S.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व संख्या व छाप

OPTOM ANURAGI DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हस्ताक्षर का नाम, पद और हस्ताक्षर का छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

(Signature)