

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : K/1123/0807

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि : 09/11/23

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम : SUBRATA MONDAL

AGE-YEARS मातृ-वर्ष :
56

SEX लिंग :
M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

ANGNABA NORTH 20 PARGANAS, SOMULTA
KALIGARI, WEST BENGAL 743426

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION :
व्यवसाय : VEGETABLE SHOP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय : 5000 X 12 = 60000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगायें)

Yes / हाँ / जी हाँ

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 से संबंध
1.	SUBRATA MONDAL	56	M	SELF
2.	PURNIMA MONDAL	43	F	WIFE
2.	SOUVIK MONDAL	15	M	SON
4.	RIYA MONDAL	15	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपा 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 - LE
2.	SURGERY - LE - (STRET IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 AVAILED एसी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: प्रार्थक द्वारा घोषणा पत्र:

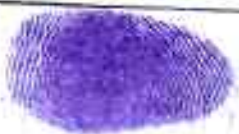
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन प्रारूप सत्य सत्य है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद ली है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अब तक और भविष्य में कहीं से भी किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से पैसे की सहायता नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree to 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
 - 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भ्रातृवर्गियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" एम. एन. डी. द्वारा, कर्मचारियों द्वारा इलेक्ट्रॉनिक या मुद्रित माध्यमों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप के बिना या बिना मेरे जाने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व भ्रातृवर्गियों को "कोशिका फाउन्डेशन" एम. एन. डी. द्वारा मेरी छवि और विवरण को किसी भी प्रकार से प्रसारित करने की अनुमति नहीं दी जायेगी। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" एम. एन. डी. का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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:
- 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.
 - 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद या स्वीकार करते हैं।
 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो ली है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमित उक्त रोगी के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अनुमोदित हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा के अंतर्गत यह घोषणा की जाती है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी प्रकार से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इतना ही सहायता में रोगी के हस्ताक्षर और उनके जाने की सही विनियमितायें सभी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी प्रकार का दबाव नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/11/23	<p><i>Dr. Shibashis Das</i> M.B.B.S M.S Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p><i>OPTOM ANANDU DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKARA EYE HOSPITAL नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 <i>Safarj</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 <i>S. K. S.</i>
-------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------