

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


**Koshika**  
 foundation  
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1124/1186

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/11/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

FULBAHAI MONDAL

AGE-YEARS: जन्म वर्ष

53

SEX: लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

DHANJAY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

 SANKAR DHA APAD GABINDA DASER PARA  
 MATBARI MINAKHAN NORTH 24 PARGANAS  
 743442 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

COOK

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

5000 X 12 = 60,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. (यदि ज्ञात संख्या)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगावे)

Yes / हाँ

No / नहीं

## FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 1.                     | FULBAHAI MONDAL                                   | 53                         | F              | SELF                                      |
| 2.                     | BAJBURAM MONDAL                                   |                            | M              | HUSBAND                                   |
| 3.                     | HARAN MONDAL                                      |                            | M              | SON                                       |
| 4.                     | SWAPAN MONDAL                                     |                            | M              | SON                                       |
| 5.                     | RASHI MONDAL                                      |                            | F              | DAUGHTER                                  |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किन्ति आधार

|                                                                                                            |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे एवं किन्ती का उद्देश्य:-

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSTICS — CATARACT — RE                                                                  |
| 2.                     | SURGERY — RE — (ICSTIOL)                                                                     |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य जगह से लीया गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्शदाता द्वारा बयान 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 यहाँ बयान करता हूँ कि इस प्रारूप में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत या झूठा पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना/सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ बयान करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो वापस ले रहा हूँ और न ही वापस ले लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शदाता द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publicize/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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान लगाकर, मैं (अर्शदाता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप पर प्रकाशित करें, इसे "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् न्यासी, दान, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से लूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रारूप पर विवरण मेरी हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वतंत्र अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शदाता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है पूर्ण रूप से सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

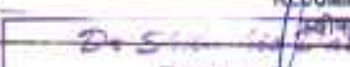
अर्शदाता की हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा सहमति)

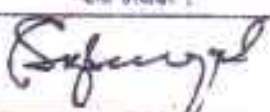
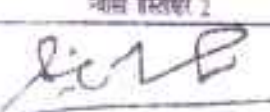
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.
- इससे अधिकृत, इससे नीचे की ओर से नामित/परी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से तथा रोगी/रोगीने में से या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त की संस्थान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता (वित्तीय सहायता/सहायता) हेतु मनाज नहीं किया जाता है तो संस्थान किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में उल्लेख नहीं किया जाता है कि संस्थान द्वितीय बार इस रोगी/रोगीने हेतु किसी के सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहा/रही।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगीने द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं रोगीने का साथ का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए रोगीने में रोगी से इलाज सुझाव और करने को नहीं मिले/मिलेगी रोगी एवं रोगीने को रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संकेतित

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>12/01/24 | <br><b>Director</b><br><b>M.B.B.S., M.S. (Gold Medalist)</b><br><b>Reg. No. 71035 WBMC</b><br><b>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</b><br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा | <br><b>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</b><br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** (अर्शदाता के उपयोग हेतु)

|                                                                                                                                            |                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 1<br> | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 2<br> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|