

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: 4/1223/0911 APPLICATION DATE: 04-12-25

NAME of APPLICANT: CHAMPA MONDAL AGE-YEARS: 73 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MADAN MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SARSONA, KASTHODANGAR ROAD THAKURTALI

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: THAKAPUKUR MANESHTOLA 30075 2111601125-900061 W.B

SAME - AS - ABOVE



OCCUPATION: HOUSE MAID. MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 8000 x 12 = 9600 (Attach Proof of Income)

PAN No. (आपका आयकर संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	CHAMPA MONDAL	73	F	SELF
2.	MADAN MONDAL (LET)	80	M	HUSBAND
3.	TADAN MONDAL	53	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATRACT (RE)
2.	SURGERY - RE (S.I.R.S. + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पता लगाया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस मदद हेतु यह उद्देश्य नहीं रखता हूँ, उस मदद का अधिक या समान विवरण किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक द्वाारा उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन हेतु और जानकारी के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी इस कथन के अलावा मैं इसका यह धारण भी करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से मदद अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी उद्देश्य के प्रसारित करने से मुझे स्वतः मदद का हक्क नहीं मिलता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्य का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
 आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

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:

- 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.

इहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धित को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) विना किसी भी धारण के स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य संगठन से प्राप्त कर सकते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/अर्जित उक्त रोगी के सम्बन्ध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी अर्जित/प्राप्त हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त करेगी/प्राप्त हेतु किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य संगठन से नहीं ले सकते।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी मदद प्राप्त होगी, उसे ही हम हस्पताल द्वारा ही ले सकते हैं किसे हम उद्देश्य/उद्देश्य का पूर्ण निर्वहन हेतु हस्पताल को सौंपा जा रहा है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी उद्देश्य का कोई धारण नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और करने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery और/वाला की तारीख <i>09/12/23</i>	 M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम में हस्ताक्षर के साथ मुद्रित	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory to behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	