

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/1223/0935**

APPLICATION DATE: **09/12/23**

NAME of APPLICANT: **MANJURI MONDAL**

AGE-YEARS: **66**

SEX: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **KHAGEN DAS.**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **ATAPUR, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS,**

743446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**

OCCUPATION: **HOUSE WIFE**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **4000X12 = 48000**

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. **साक्ष्य प्रस्तुत करें**

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

Yes / No

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 क्या संबंध
1.	MANJURI MONDAL	66	F	SELF
2.	KUPAL MONDAL	39	M	SON
3.	BUDHYADEB MONDAL	37	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) पीपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एएस ईएस वर्क प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रेशियन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से जारी की गई इतिहास सूची प्रमाण
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED एक वर्ष सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा वाचक या:

- 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 पर यथा सत्य है कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथन सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर यथा सत्य है कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले हुए धन, उपचार उपकरण इत्यादि मदद को केवल मेरे लिए ही इस्तेमाल करूँगा, जो इस प्रारूप में सत्य है।
- 3) मैं यहाँ पर यथा सत्य है कि मैं इस मदद से या भविष्य में कभी भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से इस मदद के लिए कोई भी रिक्वेस्ट नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन द्वाारा वाचक)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 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.
 - 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर यथा सत्य है कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसकी न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ें, इसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिए उपयोग करें, जो कि कोशिका फाउन्डेशन और/या इसके गतिविधियों के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए उपयोग करे। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उपकरणों को खरीदने के लिए प्रयोग करने के लिए उपयोग कर दिया जा सकता है। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी को प्रसारित करने और सहायता के उपकरणों को खरीदने के लिए उपयोग कर दिया जा सकता है। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी को प्रसारित करने और सहायता के उपकरणों को खरीदने के लिए उपयोग कर दिया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन के उपकरण या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा वाचक)

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 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.
- 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.

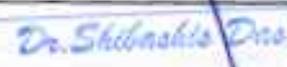
इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर के वाचक/हॉस्पिटल को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वह इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सत्य मान लेता है।

1) यह कि मैं हॉस्पिटल और मैं ही वाचक के वित्तीय सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद नहीं लेता हूँ, जो कि कोशिका फाउन्डेशन से मदद के लिए मैंने माँगा है। यदि कोशिका फाउन्डेशन से मदद नहीं मिलती है, तो मैं हॉस्पिटल को दूसरे स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखता हूँ। इस प्रक्रिया में मैं सत्य मानता हूँ कि कोशिका फाउन्डेशन को कोई भी सहायता के लिए माँगा जा रहा है कि वह कोशिका फाउन्डेशन से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रक्रिया में मैं सत्य मानता हूँ कि कोशिका फाउन्डेशन को कोई भी सहायता के लिए माँगा जा रहा है कि वह कोशिका फाउन्डेशन से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से कोई भी सहायता के लिए माँगा जा रहा है कि वह कोशिका फाउन्डेशन से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रक्रिया में मैं सत्य मानता हूँ कि कोशिका फाउन्डेशन को कोई भी सहायता के लिए माँगा जा रहा है कि वह कोशिका फाउन्डेशन से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रक्रिया में मैं सत्य मानता हूँ कि कोशिका फाउन्डेशन को कोई भी सहायता के लिए माँगा जा रहा है कि वह कोशिका फाउन्डेशन से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत के लिए संस्तुति

Date of Surgery आपरेसन की तारीख 09/12/23	 M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. व/या हस्ताक्षर और पद का मुहर
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION, आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
