

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Mark of Life.	
APPLICATION No.: आवेदन क्रमांक :		K/1224/1454		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		SUBALA MONDAL		AGE-YEARS मासु-वर्ष	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम		NAKUL MONDAL		SEX लिंग	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास स्थान या		SONAPUKUR, NARAYANPUR, BHANGAR, HAROA		65	
NORTH 24 PARGANAS 743002, WEST-BENGAL		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवास स्थान		F	
OCCUPATION: व्यवसाय		FISH SELLER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		4000x12= 48,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. रसाई साक्ष्य संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगावे)		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.	SUBALA MONDAL	65	F	SELF	
2.	PAWAN MONDAL	36	M	SON	
3.	ASHITAMI MONDAL	32	F	DAUGHTER	
4.	ANJALI MONDAL	29	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) महँगी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्न उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SIOL + IOL)				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 AWARDED तो यह सहायता कितनी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं काल्पनिक कथन कहा है तो मेरी सहायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायक तौर पर "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मांग रहा हूँ, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायक हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस रकम का कोई भी भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में हो सके।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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.
 - 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, रज, पत्र-व्यवहार द्वारा उद्देश्य के सुदूर परिधिपरिचय और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रार्थना का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पकड़ने या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जो सहायक के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायक का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक 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:
- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्पताल की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो भविष्य और न ही वर्तमान में वित्तीय सहायक किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी क्योंकि हम स्वयं से प्राप्त होगी/करते हैं जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रार्थना के रूप में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक वित्तीय अधिकृत/प्रदान हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल किसी भी अन्य स्रोत से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल किसी भी अन्य स्रोत से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर और अन्य कानूनी सही सही विधेयों से रोगी एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या निर्भरता इस प्रकार में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Shibashish

M.B.B.S M.S
Gold Medalist
Reg no. 71034

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

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]