

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of Life.

 APPLICATION No.: K/1224/1460 APPLICATION DATE: 19/12/24
 आवेदन संख्या: K/1224/1460 आवेदन तिथि: 19/12/24

 NAME of APPLICANT: ASHOK MONDAL AGE-YEARS मातृ-वर्ष: 56 SEX लिंग: M
 आवेदक का नाम

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: CHATUR MONDAL
 पिता/सहस्रक का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता
 KAHAR PARA, PARULIA, MADHABPUR, NORTH

24 PAREANAS 743423, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास का पता

- AS ABOVE -

 OCCUPATION: FISHER MAN
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 X 12 = 48,000/-
 कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई आय संख्या

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tikr koi income tax ke upar karte hai)?
 क्या आप आय कर दाता हैं (किसी आय पर कर भरते हैं या नहीं का निश्चय लें)

 Yes / No
 हाँ / 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.	ASHOK MONDAL	56	M	SELF
2.	CHATUR MONDAL	60	F	WIFE
3.	DEBU MONDAL	24	M	SON
4.	KARTICK MONDAL	21	M	SON
5.	ALPANA MONDAL	16	F	DAUGHTER

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tikr koi basis ke upar karte hai)
 सहायता के लिये निम्न आधार

BFL Card (Attach Card Copy) नगरीय सेवा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय वर्ग वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Report/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SING + IOL)

 ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: जयदेव ठाकुर योगेश १४:

- DECLARATION by APPLICANT: **अभ्यर्थी का घोषणा 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 Nishika 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 प्रत्येक में दी गई सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई गलत एवं कथन असत्य प्रत्येक प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता से मैं किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता या बीमा कंपनी से न ही क्षतिपूर्ति प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कल)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्जदर) अपने सम्बन्धी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" समूह न्यायो, राज, सान्त्वना दूरदर्शन से जुड़े नैतिकीय और न्यायिकीय के विषये किसी भी प्रकार सम्बन्ध से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पते या घर मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्जदर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे बता: सहायता पर हस्ताक्षर की सहायता इस सम्बन्ध में "कोशिका" समूह उसके नैतिकीय का निर्णय कोशिका और सम्बन्धित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आलेख्य जो इसका यह अंगुली का निरूपण

AGREEMENT by HOSPITAL. (प्रमाणित हूँ कथं)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Krushika 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 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.
- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिवक्ता, हावापट्टे की ओर से भागले/पंने को "स्वीडिश साउन्डेटिंग" से गिराव साबुलत रुंदु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसावा) निम्न प्रकार से मजबूत व सहीकर करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसक्ति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10 | 12 | 24

Dr. Shibashis Das

M.B.E.S.M.S.

(Name of the Medalist) (No. with Stamp)

द्वितीयः नाम यः हस्तगतः यः रजिः न

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

नाम व फर हस्ताक्षर अभिलेख अभिलेखी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION खजानेक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी महाशय ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पृष्ठ संख्या 2