

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. : <u>K/0423/0082</u>		APPLICATION DATE : <u>12/04/23</u>				
NAME of APPLICANT : <u>RUHINI MONDAL</u>		AGE-YEARS : <u>58</u>				SEX : <u>F</u>
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>GOUR MONDAL</u>						
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>DWARJIT JANGLE, SANDESHKHALI, NORTH 24 PARGANAS, 743446, WEST BENGAL</u>						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>AS ABOVE</u>						
OCCUPATION : <u>HOUSE WIFE</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <u>MARRIED</u>				
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>NIL</u>		(Attach Proof of Income)				
PAN No. : <u>XXXXXX</u>						
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No				
FAMILY DETAILS						
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant		
1.	<u>RUHINI MONDAL</u>	<u>58</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>		
2.	<u>GOUR MONDAL</u>	<u>63</u>	<u>M</u>	<u>HUSBAND</u>		
3.	<u>BISWANJIT MONDAL</u>	<u>36</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>		
4.	<u>NANDITA MONDAL</u>	<u>32</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)						
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		
गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		
Any Other Basis/Proof						
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:						
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:						
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached					
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त सूची संलग्न					
1.	<u>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</u>					
2.	<u>SURGERY - LE (SICSE + IOL)</u>					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES						
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?						
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
क्रम संख्या	अन्य स्रोत का नाम		ली गई सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 assistance is being requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से लेी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ला लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

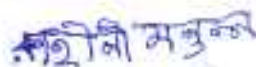
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about 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.

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" दम्ब न्यायोपक्ष, राय, वाक्य/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोपक्ष अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्ब उसके न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का छापार


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 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 अधिकृत, हस्पताल की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मांगली में लीने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट सहायता के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वितरित नही/सकत हेतु मंजूर नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उक्त छोटी/मांगली हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल वित्तीय उद्देश्य को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई अल्लस या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्ष और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

12/04/2023

Dr. Shibastis Das

M.B.B.S

Gold Medalist

(Name of Doctor & Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रंगीन मुहर

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory or Head of Hospital)

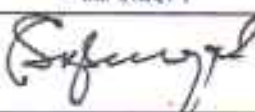
SANJAY K. DAS, M.D., F.R.C.S. (C), F.R.C.S. (G), F.R.C.S. (E)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायोपक्ष हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायोपक्ष हस्ताक्षर 2

