

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : M/1122/0426

APPLICATION DATE : 01/11/2022

NAME of APPLICANT : LAXMI MONDAL

AGE-YEARS : 57

SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : DURGAPADA MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : धर्मपुर, आठसोय बंग

DHUANCHIKHALI, NORTH 24 PARGANAS,
743446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : वहाँ आठसोय बंग

AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : नहीं बताया

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	LAXMI MONDAL	57	F	SELF
2.	GANGADHAR MONDAL	62	M	HUSBAND
3.	MONGOL MONDAL	35	M	SON
4.	CHAKRA MONDAL	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

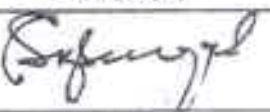
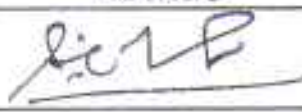
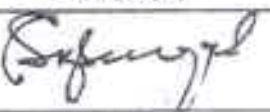
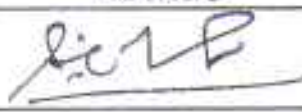
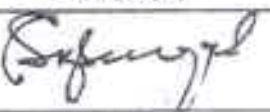
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किया गया विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Report/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/पुष्टि संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- RE
2.	SURGERY- RE (SKS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा पत्रिका पर 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 प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है। 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार की सहायता, जो इस प्रकरण के लिए मांगी गई है, प्राप्त नहीं करूंगा।				
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करा) 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 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" पत्रिका, दूर, दूरदर्शन, दूरदर्शन से सुनी रेडियो/टेलीविजन और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरा प्रकरण का निराकरण मेरी सहायता को पाने के बाद मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यूनतम अधिकृत है। 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मेरी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है। मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" पत्रिका, दूरदर्शन, रेडियो और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित किया जाएगा।				
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदनक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 				
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा) 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. हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से निम्नलिखित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने का काम है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के संबंध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/प्राप्त करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांगी गई है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि/प्रक्रिया/प्रक्रिया हेतु अनुमति नहीं दी जाती है तो हस्पताल को अपने रोगी/रोगी के संबंध में किसी अन्य सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करना जाता है कि हस्पताल द्वितीय स्तर पर रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता के संबंध में किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता दी जाएगी, वह वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/प्रक्रिया/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और करने के सभी क्रियाएँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।				
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति <table border="1"> <tr> <td> Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/11/2022 </td> <td> Dr. Shikhar Das M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और पंजीकृत नंबर और मुद्रा </td> <td> Dr. Shikhar Das (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. शिखर दास (होस्पताल के अधिकृत अधिकारी के नाम, पद और मुद्रा) </td> </tr> </table>		Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/11/2022	Dr. Shikhar Das M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और पंजीकृत नंबर और मुद्रा	Dr. Shikhar Das (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. शिखर दास (होस्पताल के अधिकृत अधिकारी के नाम, पद और मुद्रा)
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/11/2022	Dr. Shikhar Das M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और पंजीकृत नंबर और मुद्रा	Dr. Shikhar Das (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. शिखर दास (होस्पताल के अधिकृत अधिकारी के नाम, पद और मुद्रा)		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु <table border="1"> <tr> <td> SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1  </td> <td> SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2  </td> </tr> </table>		SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 