

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

 APPLICATION No. : K 10618/0503

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 08/06/18

आवेदन तिथि :

 NAME of APPLICANT : LILABATI MONDAL

आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 68

SEX : F

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ARABINDU MONDAL

पिता/सहोदर का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बर्धमान जिला, पहा

#3, BADDHUPUR MAJHEK PARA, GOSABA,

SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता

— AS ABOVE —

 OCCUPATION : HOME MAKER

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

 PAN No. :

आवेदक का PAN संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

 Yes / NO

हां / 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 संबंध
1.	LILABATI MONDAL	68	F	SELF
2.	SANJAY MONDAL	44	M	SON
3.	SUBRATA MONDAL	42	M	SON
4.	CAKRI MONDAL	35	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किनलि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 सबूत
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- LE
2.	SURGERY- LE (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: ☐ **and/or** ☐ **to whom it applies:**

- 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 यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए 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) मेरी इस सहायता एवम् "कौशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का वित्तिक या भवितव्य किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या से लिया है और न ही भविष्य में ली जा।

AGREEMENT by APPLICANT (above the line)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनादय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान में प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

ਅੰਦਰੂਨੀ ਅਤੇ ਬਾਹਰੀ ਸੰਬੰਧਾਂ ਵਿਚ ਸੰਤੁਲਨ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣਾ



AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट होस्पिटल के बरत)

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 जीवनकाल हमारे कर्तव्य की ओर से पाने-पानी की "आर्थिक आनन्द" से विविध आनन्द से विभक्त की जाती है। जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकार से पाने व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

संजीवनी के लिए संसृति

Date of Surgery अस्त्राण की तारीख 08/06/18	Dr. Alok Agrawal MS, FRCS, PhD(Eye) FMRF, FSNEC (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम के हस्ताक्षर के साथ मुद्रा	Dr. Anil Kumar Singh Director Ophthalmology & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनारिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	
		