

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0818/0924 APPLICATION DATE : 06.08.18  
 आवेदन संख्या : K/0818/0924 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : PUSHPA MONDAL AGE-YEARS 68 SEX F  
 आवेदक का नाम

FATHER/SPOUSE'S NAME : MANORANJAN MONDAL  
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS बर्मान अग्रहारोप पहा  
MAHISHA MAJHALANIPUR, KUMKA WASHIPUR,  
NORTH 24 PARGANAS, 743271, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वाँ अग्रहारोप पहा  
AS ABOVE



OCCUPATION : HOME MAKER  
 व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)  
 कुल वार्षिक आय (आय का सत्य संलग्न)

PAN No. स्वाँ खाली संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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 संबंध
1	<u>PUSHPA MONDAL</u>	<u>68</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2	<u>MANORANJAN MONDAL</u>	<u>46</u>	<u>M</u>	<u>HUSBAND</u>
3	<u>MINMATHA MONDAL</u>	<u>41</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>

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

<b>SPL Card</b> (Attach Card Copy) पीसी रिक्त के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	<b>EWIS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई सत्य
---	--	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
 सहायता हेतु किसे करने सिद्धी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
<u>1</u>	<u>DIAGNOSIS- CATARACT- RE</u>
<u>2</u>	<u>SURGERY- RE (SICESTIC)</u>

**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 ही गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्थक द्वारा 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 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 दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो इससे मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में इस मदद के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेऊंगा और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अर्थकता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग कर सकें, जैसे कि "कोशिका" एम्बेसिड, दूर, दूरदर्शन, दूर, दूरदर्शन से मुझे सहायता देने और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्तगत में रहने पर भी मैं इसे जारी रखने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के उद्देश्यों के लिये प्रयोग करने का अधिकार नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बेसिड न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्थक 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 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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/नीचे के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगी जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/असफल हेतु मंजूर नहीं किया जाय तो हम हस्पताल को सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मांगी जायेगी वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार ही है। रोगी के इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इलाज/उपचार में रोगी के इलाज/उपचार और जाने जाने को सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुनिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निराकरण लगावे)		ACCEPTANCE सम्पूर्ण	REJECTION रद्द
Date of Surgery अपरेशन की तारीख 06.08.18	 Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाजक व पंजी. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत प्रयोग हेतु)**

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED रद्द	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाजक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाजक 2