

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.  
आवेदन संख्या

K 10918/1207

APPLICATION DATE  
आवेदन तिथि

08/09/18

NAME of APPLICANT  
आवेदक का नाम

LILABATI MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

73

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME  
पिता/पत्नी का नाम

ANADI PORUI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DIHIGACHI, GOSARIA AGAD, NORTH 24 PARGANAS,  
743425, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION  
व्यवसाय

HOME MAKER

TOTAL ANNUAL INCOME  
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)  
(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई आय संपन्नता

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उसे 'X' सहित को चिह्नित करें)

Yes / No  
हां / नहीं

FAMILY DETAIL: LS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (yrs)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | LILABATI MONDAL                                   | 73                       | F              | SELF                                            |
| 2                      | JAGATI MONDAL                                     | 51                       | M              | SON                                             |
| 3                      | PRADIP MONDAL                                     | 48                       | M              | SON                                             |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | DIAGNOSIS - CATARACT - LE                                                                         |
| 2                      | SURGERY - LE (SIC & IOL)                                                                          |
|                        |                                                                                                   |
|                        |                                                                                                   |
|                        |                                                                                                   |
|                        |                                                                                                   |
|                        |                                                                                                   |
|                        |                                                                                                   |
|                        |                                                                                                   |
|                        |                                                                                                   |

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>हो गई सहायता धरती |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

DECLARATION by APPLICANT: असंवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 कबल ई कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता जिसे "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका इस्तेमाल इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल ई कि इस सहायता से या अन्य स्रोतों से, उस राशि का अतिरिक्त या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या जो राशि है और या ही अधिक में ली जा

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जितक द्वारा सहमत)

- 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 to 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दस्तावेज़ में शामिल है, उसे "कोशिका" एम्पू न्यासी, दान, साधक तथा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए विभिन्न भी प्रसार माध्यमों में प्रदर्शित करने के लिए अधिकृत है। वे प्रसार का विवरण में इलाक़ के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रदर्शित है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" तथा उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आनंदक के हस्तक्षेप से आगे के निर्णय



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा ककार)**

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 अतिथिगृह, इन्साफो को और से सम्बन्धितों को "कोशिका काठबंदी" से विधिवि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इन्साफ) दिन प्रभार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विश्विय महापक्ष किसी भी सरकार संस्थान या किसी अन्य संगठन से प्रकाश छोड़े/चुपसने में लगे या ले रहे हैं, वैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" में निरांतरित/विचलित रूप से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापक्ष विश्विय अधिकार/सम्बन्ध हेतु गन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य भी सरकार संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धन से महापक्ष लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वितीय मदद प्रकाश छोड़े/चुपसने हेतु किसी भी सरकार संस्थान या किसी अन्य संगठन या नहीं सुरक्षित रहेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने या महापक्ष संगठन विश्विय प्रकृति को है। संगठन पर हस्तगत द्वारा ही यह संगठन या किये यह उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव छोड़े एवं हस्तगत को बीच का विषय ले ले। "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में छोड़े के प्रारम्भ गुरुत्व और अपने जाने को साथी जिम्मेदारी छोड़े एवं हस्तगत को छोड़े और "कोशिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)<br>संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निश्चय लक्षणों) |                                                                                                                                                                                    | ACCEPTANCE<br>मंजूर                                                                                                                                                                                                                                                                  | REJECTION<br>नमंजूर |
| Date of Surgery<br>अपरेशन की तारीख<br>08/09/18                                                              | Dr. Hari Shanker Nag<br>MBBS, M.S. (OPHTH)<br>Reg. No. 65656<br>Netaji Eye Foundation & Research Centre<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व इलाका व डि. नं. | <br>Dr. Hari Shanker Nag<br>Director<br>Netaji Eye Foundation & Research Centre<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |                     |

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु

|                       |                      |                                                                                     |                                                                                       |
|-----------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| SANCTIONED<br>समर्थित | REJECTED<br>नामन्कृत | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1                                        | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2                                          |
|                       |                      |  |  |