

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: **W11118/1503** APPLICATION DATE: **12/11/18**  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **FANINDRA MANDAL** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **65** SEX लिंग: **M**  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **GANGADHAR MANDAL**  
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
**SULTANPUR, HARALI, HARALI, 711226,  
WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता  
**AS ABOVE**

OCCUPATION: **UNEMPLOYED**  
व्यवसाय

**MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)**

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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 चिह्न लगाएं) हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से संबंध |
|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 1.                     | <b>FANINDRA MANDAL</b>                          | <b>65</b>                  | <b>M</b>       | <b>SELF</b>                               |
| 2.                     | <b>SATISH MANDAL</b>                            | <b>59</b>                  | <b>F</b>       | <b>WIFE</b>                               |
| 3.                     | <b>ASOK MANDAL</b>                              | <b>32</b>                  | <b>M</b>       | <b>SON</b>                                |
| 4.                     | <b>BANESWAR MANDAL</b>                          | <b>34</b>                  | <b>M</b>       | <b>SON</b>                                |
| 5.                     | <b>PULESWAR MANDAL</b>                          | <b>39</b>                  | <b>M</b>       | <b>SON</b>                                |
|                        |                                                 |                            |                |                                           |
|                        |                                                 |                            |                |                                           |
|                        |                                                 |                            |                |                                           |
|                        |                                                 |                            |                |                                           |

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

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

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/प्रातिपत्र |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | <b>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</b>                                                            |
| 2.                     | <b>SURGERY - LE (ICL + IOL)</b>                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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 बताना 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) मेरी बात को सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जान ली है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता और न ही भविष्य में सहायता

**AGREEMENT by APPLICANT (signature and date)**

- 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 solidifying 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ साहचर्य, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में प्रोविड है, उसे "कॉशिका" एन्ड ट्रस्टी, राज, पाचक/क दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष से कर के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एन्ड उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपेदक के इलाखर ए अंगुठे का निखान



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

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

|                                                     |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>अस्त्रोपचार की तारीख<br>12/11/18 | Dr. Har Shanker Nag<br>MBBS, MS (OPHTH)<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व. रजि. नं. के साथ छाप<br>Research Centre | Dr. Har Shanker Bagchi<br>Director<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>के नाम, पद और छाप के साथ)<br>in behalf of Hospital<br>नाम व पद के साथ अस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      मानसिक उपयोग हेतु

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी इलाखर 1                                            | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी इलाखर 2                                             |
|  |  |