

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION No.: K/0119/2643		APPLICATION DATE: 18/04/19		 Koshika Foundation Building block of life	
NAME of APPLICANT: ALPANA MONDAL		AGE-YEARS: 59	SEX: F		
FATHER/SPOUSE'S NAME: BHUBAN MONDAL					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>MANCHHATA, DAKSHIN DARGA, WARD-8, ALJALA, SOUTH 24 PARGANAS, ROBERT KANAIL.</u>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u>					
OCCUPATION: DOMESTIC HELP				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 9000/- = 10800/-				(Attach Proof of Income)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ☒ Yes / ☐ No					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1	ALPANA MONDAL	59	F	SELF	
2	TIKKU MONDAL	26	M	SON	
3	LATEKA SHIKARE	32	F	DAUGHTER	
4	FULAN PASWA	29	F	DAUGHTER	
5	JHASTU MONDAL	26	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
☐ BPL Card (Attach Card Copy)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		☐ Ration Card (Attach Copy)	
☐ Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	1. MAGNETIC-CATARACT-RE				
Sr. No.	2. SURGERY-R6 (SCLERAL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: **जयदेव डी पी सोनवत सा:**

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो राशि मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में परामर्श है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach pp 400)

- 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/post-upreproduce 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 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 प्रश्न का जवाब इसका या कोई भी जवाब लखकर, मैं (आवेदक) अपनी साख्यी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एनएन न्यासी, चर, चरक/चर द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को तिले किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरी इच्छा के बिना या नहीं मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएन न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

ਸਰੋਤ: ਡਾ. ਹਰਜੋਤ ਸਿੰਘ, ਡਾ. ਅਮਰਿੰਦਰ ਕੌਰ



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 同意書)

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 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.

आपको अधिकतर इलाक़ों की ओर से मतदानकर्ताओं को "कोविड काउन्सेलर" के तौर पर सम्मानित भी जाला है, जिसे इन (हमारे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो सर्वोपर और न ही अधिकार में विविध सहायता किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य इकाई से उक्त टैरिफ/मार्गों में ली या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कॉलिका फायर-टैरिफ" से डिफरेंशियल/विशेष उक्त को समर्थन में "कॉलिका फायर-टैरिफ" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कॉलिका फायर-टैरिफ" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहाय हेतु मजदूरी नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य समानता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष गहरा उक्त टैरिफ/मार्गों हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेती।
2. "कॉलिका फायर-टैरिफ" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी या अस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का शुल्क लेने एवं अस्पताल को सेवा का विचार है और "कॉलिका फायर-टैरिफ" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए अस्पताल में ऐसी को इलाज सुझा और जाने जाने की सभी नियमों/टी ऐसी एवं अस्पताल की होती और "कॉलिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस संपत्ति में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सर्वीश्वरी के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/01/19	Dr. Manan Jay Giri Surgeon Reg. No. - 80578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद	Shish Sankar Bagchi Director Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्द्रधर 2
	