

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                     |                                        | (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)                                                                                                  |        | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: <b>K/0219/9258</b>                                 |                                        | APPLICATION DATE: <b>13.02.19</b>                                                                                            |        | <br>Building block of life. |  |
| NAME of APPLICANT: <b>ALPANA MONDAL</b>                             |                                        | AGE-YEARS <b>49</b> SEX <b>F.</b>                                                                                            |        |                                                                                                                |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <b>SHYAMAL MONDAL</b>                       |                                        | PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <b>FK/1 JYANGRA BATTALA, BAGUATI, RAJBARHAT, GOPALPUR, NORTH 24 PARGANAS, 700054, WEST BENGAL</b> |        |                             |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <b>AS ABOVE</b>                        |                                        |                                                                                                                              |        |                                                                                                                |  |
| OCCUPATION: <b>HOME MAKER</b>                                       |                                        | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                                     |        |                                                                                                                |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: <b>NIL</b>                                     |                                        | (Attach Proof of Income)                                                                                                     |        |                                                                                                                |  |
| PAN No. <b>XXXXXX</b>                                               |                                        | 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                          | 49                                                                                                                           | F      | SELF                                                                                                           |  |
| 2.                                                                  | SANJIB MONDAL                          | 28                                                                                                                           | M      | SON                                                                                                            |  |
| 3.                                                                  | SURJA MONDAL                           | 24                                                                                                                           | M      | SON                                                                                                            |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)      |                                        |                                                                                                                              |        |                                                                                                                |  |
| BPL Card (Attach Card Copy)                                         |                                        | EWS Certificate (Attach Certificate Copy)                                                                                    |        | Ration Card (Attach Copy)                                                                                      |  |
| गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र                                      |                                        | अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र                                                                                                     |        | उपभोक्ता कार्ड                                                                                                 |  |
| (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                             |                                        | (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                                      |        | (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                        |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                |                                        |                                                                                                                              |        |                                                                                                                |  |
| सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:                           |                                        |                                                                                                                              |        |                                                                                                                |  |
| Sr. No.                                                             | Medical Reports/Prescriptions Attached |                                                                                                                              |        |                                                                                                                |  |
| 1.                                                                  | DIAGNOSIS - CATARACT - RE              |                                                                                                                              |        |                                                                                                                |  |
| 2.                                                                  | SURGERY - RE (SCCS-101)                |                                                                                                                              |        |                                                                                                                |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES      |                                        |                                                                                                                              |        |                                                                                                                |  |
| इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है? |                                        |                                                                                                                              |        |                                                                                                                |  |
| Sr. No.                                                             | NAME of OTHER SOURCE                   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED                                                                                           |        |                                                                                                                |  |
| 1.                                                                  |                                        |                                                                                                                              |        |                                                                                                                |  |
| 2.                                                                  |                                        |                                                                                                                              |        |                                                                                                                |  |



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 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) मेरे द्वारा जो सहायता यथा "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पद गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धनक/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 (आवेदक) अपनी छवि/छाया को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरे इलाज के खर्च या खर्च के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासी/न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

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 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मान्यता/पेशी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अनुमति/अनुमति हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

10/02/19

Dr. Arindam Deb  
MBBS, D.O., FRCS  
58096  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर, मुद्रा, पंजीकरण संख्या

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
रोग व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतुSIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2