

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2077 APPLICATION DATE : 11/11/2019

NAME of APPLICANT : ADURI MONDAL AGE-YEARS : 64 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PANCHANAN MONDAL



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : MONDAL PARA, DARIYA, CANNING SOUTH 24 PARGANAS 743376, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : B 2250 x 12 = 26,400/- (Attach Proof of Income)

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Yes/No)

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	ADURI MONDAL	64	F	SELF
2.	PANCHANAN MONDAL	68	M	HUSBAND
3.	KABIRATH MONDAL	33	M	SON
4.	KABIRAM MONDAL	33	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 किराला एवं/वापस असावध रूप में प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में गव प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रयोजन को प्राप्त है; इस उद्देश्य का अधिक या अलग दिशा किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो किराला इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायीयों, चप, सचिव/चप द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सफल हो प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का किराला मेरी इच्छा के अंतर्गत या कर के अंतर्गत के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यायीयों अधिकृत है।

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और किराला जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीयों 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 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.

हस्ताक्षर/अंगूठे की ओर से अनुमोदित/प्रेषित की "कोशिका फाउंडेशन" से निशान सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि जो इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से नाम व अंगूठे लगाते हैं।

- 1) यह कि न तो भविष्य और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सारकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से उक्त रोगी/रोगीने से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रेषित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अधिकृत हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में सत्य कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सारकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं ले/ले रहे।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज हेतु जो भी सहायता या किराने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इलाज के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इलाज के इलाज हेतु रोगी के इलाज हेतु और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं इलाज की होगी और "कोशिका" की कोई भी दखल या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery संस्कार की तिथि 11/11/2019</p>	<p>Dr. K. Ansh MBBS, DNB, FRCS Reg. No. 10271 S. (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) Centre अस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Shib Sankar Bagchi (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory Susrut Eye Foundation on behalf of Hospital) Centre नाम व पर इलाज अधिकृत अधिकारी</p>
-----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2</p>
	