

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1119/2247** APPLICATION DATE : **18/11/2019**  
 आवेदन संख्या : **K/1119/2247** आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **BIMAL MONDAL** AGE-YEARS **65** SEX **M**  
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **GUDHIR MONDAL**  
 पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **कर्मन् अवासोप पत्र**  
**NIKARIGHATA, CANNINGS, SOUTH 24**  
**DARGANAS 748829 WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **सर्व अवासोप पत्र**  
**AS ABOVE**



OCCUPATION : **UNEMPLOYED** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 2000 x 12 = 24000/-** (Attach Proof of Income)  
 कुल वार्षिक आय (आप का दस्तावेज संलग्न करें)

PAN No. **स्वास्थ्य खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**  
 क्या आप आय कर दाखल हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं) **हाँ / नहीं**

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या सम्बन्ध
1.	<b>BIMAL MONDAL</b>	<b>65</b>	<b>M</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>NIHAI MONDAL</b>	<b>34</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के नीचे आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रन्पोकेट कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
 सहायता हेतु जिसे लक्ष्य विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<b>DIAGNOSIS - CATARACT - RE</b>
2.	<b>SURGERY - RE (ICCS + IOL)</b>

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या सही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं है, उस राशि का अधिक या कमत किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक 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/produce 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपने छावनी को घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एल्यू न्यासीयों, पत्र, संचार/वाक्यपूर्ण उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार संचार से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरे उद्देश्य के पक्ष में या पक्ष में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित हैं जुड़े सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एल्यू उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : (अर्हक के हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप)**



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को अंगुठी का छाप लगाकर "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विनम्रता से कहते हैं, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विनम्रतापूर्वक उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनम्रतापूर्वक सहायता हेतु पत्र नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा वित्तीय सहायता हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं ली जायेगी।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही या सहायता हेतु वित्तीय सहायता की है। रोगी पर हमारा प्रारूप ही या सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा वें रोगी के इलाज सुझाव और करने जाने की सही विनम्रता रोगी एवं हमारा की होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या विनम्रता इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकृती के लिए संस्तुति)**

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>18/11/2014</p>	<p>Dr. K. Ghosh MBBS, CO. ON... Reg. No. 51... (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर की पत्र व हस्ताक्षर व छाप, र</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम से पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)**

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