

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/1219/2393
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 7/12/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: RANI MONDAL
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 64
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BATUKRISHNA DAS
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

26/AH 4 RAMKAMAL STREET, KHIDDIRPORE,
KOLICATA 700023, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: HOUSEWIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2300 X 12 = 27600/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें)

Yes / No
हां / 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 के साथ सम्बन्ध
1.	RANI MONDAL	64	F	SELF
2.	ANINDRA MONDAL	70	M	HUSBAND
3.	SUSVAN MONDAL	38	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE LSCS + IOL

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 लगी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT (अर्शेक ढर ढेकष ढर):

- 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 ढेकष करत हूँ कि इस ढरष में लिखे गये सभी विवरण सरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं ढरण असत्य ढरष जत है तो मेरी सहायत निरत की जा सकती है।
- 2) मैं ढरष जो सहायत एति "कोशिका ढाउन्डेशन", से गरी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस ढरष में ढरष गरा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायत हेतु यह ढरषण की गई है, उस एति का अतिरिक्त या सहायत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लोयर/इंशुरन्स कम्पनी से न ले लिया है और न ही ढरषण में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ढर करत)

- 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 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 ढरष पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहायति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका ढाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, ढरष, ढोटो और जो विवरण इस ढरष में ढरषित है, उसे "कोशिका" एम्प न्यासी, दान, ढरषण/रूप दान उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी ढरषण माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे ढरषण का विवरण मेरी इलाज के ढरषले या ढरष में करने के लिये "कोशिका ढाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस ढरष से सहायत हूँ कि मेरा नाम, ढरष, ढोटो और विवरण जो कि सहायत के उद्देश्यों से ढरषित है मुझे स्वतः सहायत का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और ढरषणकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ढर करत)**

- 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 की ओर से सम्बन्धितों को "कोशिका ढाउन्डेशन" से वित्तीय सहायत हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त ढरषण से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही ढरषण में वित्तीय सहायत किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उका एंगो/समाले में लेनी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका ढाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उका के सम्बन्ध में "कोशिका ढाउन्डेशन" ढरषण कर रहे हैं। यदि "कोशिका ढाउन्डेशन" ढरषण सहायत विनति अतिरिक्त/सहायत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायत लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय ढरषण उका एंगो/समाले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका ढाउन्डेशन" से ली गई सहायत केवल वित्तीय ढरषण की है। एंगो पर हस्पताल ढरषण की गई सहायत या किये गये उपचार/ढरषण का चुनाव एंगो एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका ढाउन्डेशन" ढरषण किसी ढरषण का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में एंगो के इलाज सुरुआत और अने जाने की सारी जिम्मेदारी एंगो एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्शेक की तारीख 7/12/2019	Dr. Nalinaksh MBBS, DNB Reg. No. - 63729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Shib Sankar B... Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व ढरषण हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	