

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1219/2886 APPLICATION DATE : 07/12/19

NAME of APPLICANT : MADAN MOHAN MONDAL AGE-YEARS : 62 SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ADWAITA MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KULACHANDI, PATSKABARI, NAUDA, MURSHIDABAD 742162, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 2100 x 12 = 25200/- (Attach Proof of Income)

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	MADAN MOHAN MONDAL	62	M	SELF
2	SANDEHYA KANTI MONDAL	37	F	WIFE
3	MIRZA MOY MONDAL	32	M	SON

Basis for Requesting Assistance	EPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof
(Tick whichever is applicable)	(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Copy)	(Attach Copy)

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: CATARACT SURGERY - LE

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	DIAGNOSES - CATARACT - LE
2	SURGERY - LE (STCS - 2019)

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 पर:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं यहाँ हूँ, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रयत्न नहीं किया है, उस राशि का व्यय किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, कचरेक द्वारा प्रकाशित करें या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रकाशित करें। इस प्रकरण के लिए मेरी सहायता हेतु मेरी छवि और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" या अन्य माध्यमों के माध्यम से किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिए मैंने सहायता का अनुरोध नहीं किया। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के लिये मेरी सहायता और सहायता को प्रदान करने का अंतिम और स्वीकार्य निर्णय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Mahesh Mahesh Mandel

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा सहमत)

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी से उच्च उपचार के लिये नहीं कर रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/अनुमति हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार मैं सत्य करता हूँ कि सहायता वित्तीय मदद उच्च उपचार हेतु किसी और सहायता स्रोत से नहीं कर रहे हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता के लिए सिफारिश कर रहा हूँ। हमें या हमारा द्वारा ही मैं सहायता के लिये गैर-वित्तीय सहायता का प्रमाण देने का अधिकार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हमारा हमें देने के लिये सहायता और हमें देने की सहायता को देने और "कोशिका" की कोई भी सहायता या वित्तीय सहायता नहीं कर रहे हैं।

<p>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE</p> <p>Dr. Diptesh Das (Signature) Reg. No. - 64686 (WBMC) M.B.B.S., D.M. Srishti Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप</p>		<p>Shib Sankar Bagchi Director Srishti Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---