

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1210/2010 APPLICATION DATE : 12/12/19

NAME of APPLICANT : SHANKARI MANDAL AGE-YEARS 79 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BHAKTARAM MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : MAHDALPARA, HAREKNAGAR, MURSHIDABAD, 742177, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1800 x 12 = 21600/- (Attach Proof of Income)

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No 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 के साथ संबंध
1.	SHANKARI MANDAL	79	F	SELF
2.	BHAKTA MANDAL	83	M	HUSBAND
3.	PRASHANTA MANDAL	53	F	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अथवा वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु दिने गये विन्यास का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से जारी की गई प्रशिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (STOR + COL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता विन्यास अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एतौ गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: अर्सेक ह्य प्रेषण कर:**

- 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 प्रमाण करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं तथ्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ यथासंभव सही "कॉशिका फाउंडेशन", से सहायता ले रहा हूँ, इसका उपयोग सही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मंगल रूप है।
- 3) मैं यहाँ प्रमाण करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह अर्थक नहीं माँगा है, उस सहायता का अधिकतम या सहायता निरस्त करने अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से या उसे लिये है और मैं इसे खर्च नहीं करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्सेक ह्य कर)**

- 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 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 में अर्सेक ह्य कर पर अर्सेक ह्य कर करके, मैं (अर्सेक ह्य कर) यहाँ प्रमाण करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उन्हें "कॉशिका" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारण करने के लिये उपयोग करने के लिये अधिकृत है। इस प्रकरण में अर्सेक ह्य कर के लिये "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता माँगी है।
- 2) मैं (अर्सेक ह्य कर) इस प्रकरण में प्रमाण करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस सहायता के उद्देश्य के लिये प्रेषित है। सहायता का अधिकृत नहीं करता। इस प्रकरण में "कॉशिका" द्वारा प्रेषित विवरण का प्रसारण और प्रकाशित होगा।

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

अर्सेक ह्य कर हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्य कर)**

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैंने अभी तक और मैंने भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त नहीं की है, जो कि हमें सहायता हेतु माँगी जा रही है, जैसे कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु माँगी जा रही है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता हेतु माँगी जा रही है, जो कि हमें सहायता हेतु माँगी जा रही है।
2. "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रकरण की सहायता या विवरण के अनुसार सहायता हेतु माँगी जा रही है। इस प्रमाण में हस्पताल द्वारा सहायता हेतु माँगी जा रही है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु माँगी जा रही है। इस प्रमाण में हस्पताल द्वारा सहायता हेतु माँगी जा रही है और "कॉशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

Shib Sankar Bagchi  
Director

Saurat Eye Foundation & Research Centre

Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख  
12/12/19

Dr. Madhujyoti Mandal  
MBBS, MS, Fellowship (Cataract)  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

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

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2