

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1219/2020 APPLICATION DATE : 13/12/19

NAME of APPLICANT : LAXMI MONDAL AGE-YEARS आनु-वर्ष 76 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ABANI KANTA MONDAL



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : HANSDUR, KHARGRAM, MURSHIDABAD 742147, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -

OCCUPATION : HOME MAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2100 X 12 = 25200/- (Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)

PAN No. प्राप्त हो तो भरें

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 सम्बन्ध
1.	LAXMI MONDAL	76	F	SELF
2.	KANUJI MONDAL	51	M	SON
3.	ARATI MONDAL	48	F	DAUGHTER
4.	JATAYA MONDAL	46	M	SON
5.	MALATI MONDAL	43	F	DAUGHTER

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

BPL Card  
(Attach Card Copy)  
गरीबी रेषा के नीचे आय पर  
(आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)  
आय आय वर्ग आय पर  
(आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)

Ration Card  
(Attach Copy)  
उपभोग्य कार्ड  
(आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)

Any Other  
Basis/Proof  
अन्य कोई प्रमाण

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (9/12/19)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य को 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 एक लाख सहित संख्या

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करना:**

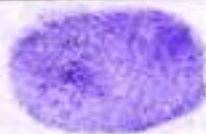
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 झूठा विवरण एवं कथन उपलब्ध प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त की जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में प्राप्त किया है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रारूप नहीं भरा है, इस उद्देश्य का अधिक या कमतर विवरण किसी अन्य प्रोव्हाइडर/बोर्डर/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण हेतु प्रयोग से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को दिले बिना ही प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के परते या कर मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीय अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उत्तरदायित्व से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली 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 & except 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की संकेत से यहाँ/उपरोक्त को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रसार से लाभ या हस्तगत करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्तीय सहायता के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना कोशिका/उत्तरदायित्व हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हॉस्पिटल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस ज्ञापित में स्पष्ट करता जाता है कि हॉस्पिटल वित्तीय प्रसार उम्मीद/सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता लेना वित्तीय प्रकृति की है। उम्मीद न हॉस्पिटल द्वारा ही मैं सहायता या बिना मेरे उपचार/उत्तरदायित्व का सुनिश्चित करने एवं हॉस्पिटल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में उम्मीद के इच्छा प्राप्त और करने जाने को सही विनियमों के तहत हॉस्पिटल को छोड़ें और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Shib Sankar Bagchi

Director  
 Central Eye Institute, Koshika Centre

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

Dr. Mahesudan Mandal  
 MBBS, MCh Fellowship (Cataract)  
 Reg. No. - 69560 (WBMC)

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Date of Surgery  
 ऑपरेशन की तारीख  
 13/12/19

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

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