

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **K/1219/2024** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **14/12/19**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **ANANDA MONDAL** AGE-YEARS आयु-वर्ष **61** SEX लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रवर्ग का नाम **DHANANJAY MONDAL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासस्थान पता
GHASHIT TALAPARA, 333 MAGAR, SUBBUR, BARDHAMAN 713527, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता
- AS ABOVE -



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

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **RS 2200 x 12 = 26400/-** (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्वर्ण कार्ड संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं) 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.	ANANDA MONDAL	61	M	SELF
2.	BHAGYADHAR MONDAL	34	M	SON
3.	TUPEBA MONDAL	30	M	SON

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) गणतंत्रीय रेशन कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (प्रमाण पत्र की छाया प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	---

"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 (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक ही हेतु प्राप्त की 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, इसका उपयोग सही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता प्राप्त करने के लिये या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड हूँ और न ही अपेक्षा कर रहा हूँ।

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/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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपने नाम, पता, तस्वीर, फोटो, पता, सम्पर्क नम्बर, उद्देश्य, पता, सम्पर्क नम्बर, उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रशिक्षण करने के लिये अधिकृत हूँ। मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" या "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिये मैं "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिये मांग किया गया है।
 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिये प्रयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता देने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को सिफारिश करने का फैसला किया है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता प्रदान करते हैं।
 1) यह कि न तो हम वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिये किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिये मांग कर रहे हैं, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये मांग किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिये मांग किया गया है, तो हम सहायता प्राप्त करने के लिये मांग कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिये मांग किया गया है, तो हम सहायता प्राप्त करने के लिये मांग कर रहे हैं।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति का चयन करने का चुनाव हमारे ही अधिकार में है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिये मांग किया गया है। हमारे हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति का चयन करने का चुनाव हमारे ही अधिकार में है और "कोशिका फाउंडेशन" की कोई भी सहायता या निर्यात इस सहायता से नहीं होनी चाहिए।

Dr. Diptesh Das
 Reg. No. - 64686 (WBMG)
 स्वीकृती के लिये सचिव

Shib Sankar Bagchi
 Director
 Susrut Eye Foundation & Research Centre
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
 14/12/19

M.B.B.S., D.O.
 Susrut Eye Foundation & Research Centre
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

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