

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य रक्षपाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: 14/01/20/3760 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 29/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: RUMA MONDAL AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 50 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: BIPLAB MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान अवस्थायी पता: DHARA, SOUTH 24 PARGANAS, TPOLOS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी अवस्थायी पता: AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 2000 x 12 = 24000 (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / पैन संख्या: XXXXXX ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 संबंध
1.	RUMA MONDAL	50	F	SELF
2.	HIMAN MONDAL	26	M	SON
3.	AKSHAY MONDAL	25	M	SON
4.	CHITRA MONDAL	20	F	DAUGHTER
5.	BIPLAB MONDAL	55	M	HUSBAND

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	--	-------------------------------------

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विनियमित 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 (STREPTOL)

**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 / ली गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो उसे सहायता निरस्त भी न करवाते हैं।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि सहायता "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या उपादान की राशि, इस प्रति का अर्थिक या सहायता निरस्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, उसे "कोशिका" एवम् उसके, चर, सचदार/द्वारा उद्देश्य से सूची परिचयित करें और उपादान/सहायता के लिये किसी भी प्रकार माग्यन से प्रार्थना करने के लिए अधिकृत हों। मेरे प्रारूप का निशान मेरे उपादान के पत्रों पर बार-बार करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और सार्वभौमिक होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

- 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 अनुमोदित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, विशेष रूप से (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से माग्यन या किसी अन्य स्रोत से उपादान/सहायता के लिये माग्यन किया जा रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/परिचयित उपादान के माग्यन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त अथवा/सहायता हेतु माग्यन नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु या उपादान लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता उपादान/सहायता हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य माग्यन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारी एवं हमसहज को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में उपरी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी उपरी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/11/2020</p>	<p>Dr. Priyansha Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. - 70555 (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप</p>	<p>Dr. Rajat Director Surgical Eye Foundation &amp; Research Centre (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्थात् केवल उपयोग हेतु**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर</p>
	