

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K101201/8777** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **29/11/2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **NOOR ISLAM MONDAL** AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: **60** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहयोग का नाम: **LAL MAHUD**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान अवसरोप पता: **PART NO 177, HADSPUR, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी अवसरोप 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. / पान संख्या: **Blank** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / हा / No / 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.	NOOR ISLAM MONDAL	60	M	SELF
2.	SOUJADIN MONDAL	80	M	SON
3.	MUHAMMAD MONDAL	82	M	SON
4.	MONDAL MONDAL	29	M	SON
5.	SHAMSHAD BTE	57	F	WIFE

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विधि उपलब्ध**

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र को साथ प्रेषित करना)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र को साथ प्रेषित करना)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (उपलब्ध पत्र को साथ प्रेषित करना)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	---	--

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<b>DIAGNOSIS - CATARACT - RE</b>
2.	<b>SURGERY - RE (SLEP + ZOL)</b>

**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 / की 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं, यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अथवा कथन गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता रद्द की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, केवल इस प्रकरण के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में या भविष्य में कभी भी, इस रकम का पूरा या आंशिक रूप में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 मेरी हस्ताक्षर या अंगूठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" एनपीओ, एन. एन. एल. आर. द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता के लिए किया गया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रकाशित करने से मेरी सहायता के लिए किसी भी प्रकार का अधिकार नहीं मिलेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रकाशित करने से मेरी सहायता के लिए किसी भी प्रकार का अधिकार नहीं मिलेगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



**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 & 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रकाश से स्वयं को उत्तरदायी नहीं मानते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत यह सुनिश्चित किया जाता है कि हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनी चाहिए।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मेरी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या मेरी रोगी/रोगी का उपचार/उपचार का चुनाव मेरी एवं मेरी रोगी/रोगी के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 29/1/2020	Dr. Prityanshu Reg. No. - 70555 Sustut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व एन. ए.	Dr. Anurag Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
---	---	---

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2
	