

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0120/3862** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **10/01/2020**

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

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: **CHANDRAPADA, DELAPUR, DAKSHIN GANESH PUR, MURSHIDABAD 742123, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता: **- AS ABOVE -**



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

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **RS 2300 x 12 = 27600/-** (Attach Proof of Income / आय का प्रमाण संलग्न):

PAN No. / आयकर संख्या:  ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes / हाँ /  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.	SHEBANI MONDAL	50	F	SELF
2.	FELU MONDAL	56	M	HUSBAND
3.	UJLTP MONDAL	26	M	SON
4.	PIYALI MONDAL	21	M	SON
5.	DEKUMARI MONDAL	23	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विधि आधार			
<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के चौथे प्रवर्ग पर (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रवर्ग पर (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: **सहायता हेतु दिने गये विधियों 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 विधि 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: अर्पणकर्ता 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 सत्य नहीं प्रकट होता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल इस प्रकरण के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से इस प्रकरण के लिए सहायता नहीं माँगी है और न ही माँगूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा सहमति)**

- 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/post-up/produce 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण के लिए ही प्रयोग कर सकें, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगा गया है, और मैंने इस प्रकरण के लिए सहायता माँगी है। इस प्रकरण के लिए सहायता माँगी जाने वाली छवि और विवरण कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रयोग में लाया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रयोग में लाया जा सकता है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगा गया है, और मैंने इस प्रकरण के लिए सहायता माँगी है। इस प्रकरण के लिए सहायता माँगी जाने वाली छवि और विवरण कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रयोग में लाया जा सकता है।

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

अर्पणकर्ता की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

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 अधिकारी की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए सहमत हैं।

1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता माँगने के लिए कोशिका फाउन्डेशन से सहायता माँग रहे हैं, जो कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रदान की जाएगी। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा माँगी गई सहायता पूरी नहीं मिलती है, तो हमें सहायता माँगने के लिए अन्य स्रोत से सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा का अर्थ यह है कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए कोशिका फाउन्डेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी या हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता के बिना ही उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे ही अधिकार में रहेगा और कोशिका फाउन्डेशन को इस प्रकरण में कोई भी भूमिका नहीं होगी। इस प्रकार कोशिका फाउन्डेशन को इस प्रकरण में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए घोषणा

Shib Sankar Bagchi  
Director

Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख  
10/01/20

Dr. Madhusudan Mandal  
MBBS, MS, Fellowship (Cataract)  
Reg. No. - 60580/WBMC  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
हमारे द्वारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्पणकर्ता के लिए)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
हस्ताक्षर 2