

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.
आवेदन संख्या :

H/0425/0096

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि

15/04/2025

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

USHA MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/पति का नाम

DHIRENDRANATH MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

18 NO SADDLERBILL 18 NO SADDLERBILL AMBRIA
NORTH 24 PARAGANAS-748485, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION
व्यवसाय

COOK

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

2000 X 12

= 26000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 सम्बंध
1.	USHA MONDAL	65	F	SELF
2.	MAHESUDAN MONDAL	68	M	HUSBAND
3.	DEBPRATA MONDAL	49	M	SON
4.	SUBIRATA MONDAL	61	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS:- CATARACT (IF)
2.	SURGERY:- (IF) SECTION

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पावः

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.

मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि इस फॉर्म में दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है। यदि कोई झूठा बयान दिया जायेगा तो मेरी आवेदन और सहायता, यदि कोई हो, खारिज/रद्द हो सकती है।

मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल इस फॉर्म में उल्लेखित उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा।

मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने और भविष्य में भी, किसी भी रूप में, किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से, जिसके लिए मैंने इस सहायता का अनुरोध किया है, के लिए कोई भी रीमर्बर्समेंट नहीं लेऊँगा।

- DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:
- 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.
 - 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.
 - 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 विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उल्लेख की पुष्टि में लिखे गये उद्देश्य, के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में दया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अवशेष या सकल विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जायेगी और न ही भविष्य में ली जाएगी।
- DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कारा)**

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यात्रा, दान, सहायता या दूसरे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण पढ़े पढ़ाने के पक्ष में या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे सहायता, सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को हस्ताक्षर या छापे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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:

- By affixing hereunder signature of our authorised Signatory for recommending and executing this request, 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 इश्वरद्वारी को और से सम्बन्ध/रंगी को "कारिष्का फाउन्डेशन" से विहित सहयोग हेतु विकसित की जाती है, जिसे हम (हमसहज) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
आपरेषन की तारीख

15/04/2025

~~Dr. Shibashis Das~~
~~Director~~

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

Optom Avhijit Das

Senior Program Officer

Sankara Jyoti Eye Institute

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्तताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्यामी इस्तवा ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

hier