

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/ 074 0811

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

16/07/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

NABAB ALI MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुस्थ का नाम

JURAN MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

BELUR RAO MATHUR PARA NORTH 24
PARGANAS, - 743423, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

4000X12= 48,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाना संख्या

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

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

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 सम्बंध
1.	NABAB ALI MONDAL	66	M	SELF
2.	REHENA BISHT	60	F	WIFE
3.	ALAMIN MONDAL	42	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) व्यप्रीकता 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 प्रतिबिंब सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS: CATARACT (RE)
2.	SURGERY: 1 RE (SCL + IOL)

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 ले गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: उम्मेदवार द्वारा घोषणा है:-

- 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 प्रश्नावली में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इतना ही सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से लेती जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नावली में भरा गया है।
- 3) मैं यथुक्त करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रश्नावली की नहीं है। उस राशि का भुगतान या प्रकृत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न लेती लिये है और न ही भविष्य में लीज।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1.) इस तरह पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्वासीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस तरह में घोषित है, इसे "कोशिका" एवम् ज्योती, पद्म, सत्यनारायण द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे तरह का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ज्योती अधिभूत है।
- 2.) मैं (अर्हक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है कुछ वक्त: सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्वासीयों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आदेशक के सम्मुख के अंग्रेजी का निशान

Wabat Si Mondal

AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISHING ETC. WITH)

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 उपचारों की ओर से घायल/रोगी को "कोशिका चरखेडेशन" में विविध सहायक हेतु प्रिचरिज की जाती है, जिसे हम (हमसात) निम्न प्रकार से नामक व धीका करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वतः से उद्भूत होगी/पायल में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विकसित/विनिर्मित उच्च बी-सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्मित आर्थिक/सम्बन्ध हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो सम्बन्ध किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्ध द्वितीय मरद उद्भूत/पायल हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। होगी या सम्बन्ध द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनर्गठन होगी एवं सम्बन्ध को बीम का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए सम्बन्ध में होगी के इलाज सुरक्षा और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी होगी एवं सम्बन्ध को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16/07/25

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S.M.S.
Gold Medalist
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर की नाम व हस्ताक्षर व रिजि. नं.

Optom Avhijit Das
Officer

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
On Behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक सुपरीक्षण सेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1
रमेश कुमार ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Rich