

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: 4/0925/221 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 09/09/25 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: LATA MONDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 60 साल-वर्ष	SEX: F लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHRIKANTA MONDAL पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 106, PURBA SINDHIA ROAD, MADHUBAN, DUMDUM, NORTH 24, PARAGANAS, 700030, WEST BENGAL. वर्तमान आवासीय पता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE स्थायी आवासीय पता				
OCCUPATION: HOME MAUER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 2000 x 12 = 24,000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. (आवेदक का पैन नंबर)				
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)				
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	LATA MONDAL	60	F	SELF
2	KANTA MONDAL	67	M	HUSBAND
3	MANU MONDAL	41	M	SON
4	MANJU SINGH	37	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:				
Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से उचित की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न				
Sr. No. क्रम संख्या	1. DIAGNOSIS: CATARACT (LE) 2. SURGERY: LE (SUTURAL)			
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE कितनी राशि सहायता मिल रही है	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में घोषित किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता से न लाभान्वित हो रहा हूँ, इस रकम का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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 its 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 its 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी संपत्ति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका" एल्मू न्यासी, दार, चिकित्सा/स्वास्थ्य उद्देश्य से पूर्ण विवरणों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में शामिल किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एल्मू उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमने अधिष्ठित, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, निम्न रूप (उत्पत्ति) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि - जो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उस के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त अधिकतम/पूर्ण हेतु स्वीकार नहीं किया जा सकता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उस रोगी/रोगी के लिये किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर अस्पताल द्वारा जो भी सहायता या किने नये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये अस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने अपने को सारे जिम्मेवारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका का जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/09/25	Dr. Shibachis Das Director M.B.B.S., M.S. (Gen. Med.) (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	Optom Avhijit Das Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Sankar Eye Institute) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>Safarpur</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>...</i>
--	---