

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Mind of the Future	
APPLICATION No. : K/0717/OSSI आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 11.04.17 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : SHYAMALI MANDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS : 67 वयस वर्ष		SEX : F लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KANAI MANDAL पिता/सहोदर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 8 NEW/82 MIKA PARA ROAD, BALLY SADAR, HOURHAI, WEST BENGAL वर्तमान निवास पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE स्थायी निवास पता					
OCCUPATION : HOUSE WIFE व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. : XXXX XXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSOR? (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मध्यम हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):					
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वयस (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	SHYAMALI MANDAL	67	F	SELF	
2.	SUBBAN MANDAL	44	M	SON	
3.	JAPAN MANDAL	41	M	SON	
4.	ILB MANDAL	38	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न किसे करने विवरी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/दवाखाने से जारी की गई दवाखाने सूची प्रमाण				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RP (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ले गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: **अभिज्ञानेन एव धारणा यत्:**

- 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 पर सच ही कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता यदि "बैलेंसिक अध्ययन", से हो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में था।
- 3) मैं यहाँ पर सच ही कि मैं किसी सहायता से या उपयोग को नहीं हूँ, उस प्रति या अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से या से प्राप्त है और न ही भविष्य में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (addendum may attach)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस द्वारा यह ज्ञापन या संकेत को दायर लगाने, मैं (अर्पणक) अपनी सम्पत्ति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्यूरियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस द्वारा मैं संकेत है, जैसे "कोशिका" एम्बल, पता, सम्पत्ति पुराने अर्थों के लुटी लीडिबिलिटी और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्पत्ति के प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस का विवरण को इसका मैं पालने का मत है करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ज्यूरियों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सम्पत्ति के अर्थों से प्रसारित है पुरी बात: सम्पत्ति या हमारा जो करता इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बल उसके ज्यूरियों का निर्णय अधिकृत और सम्भवतः होना:

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अधिकार के समक्ष या अंग्रेजी का विचार



AGREEMENT by HOSPITAL (WHEN DE WCT)

By affixing her/under, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hosokai) 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.

सूचने अनुसार, मरुभूमि की ओर से समुद्र-तटों की "संरक्षित" ज़ाबानेज" से निर्मित ज़ाबानेज होत निर्माण की जाती है, जिसे १५ (पन्ध्र) दिनों ज़ाबान से ज़ाबान व ज़ाबाना ज़ाबान है।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

उद्योगों के लिए समाधि

Date of Surgery 11.08.17	Dr. Arindam Deb MBBS, D.O., FACS Reg. No. 53000 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Shilpa Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
-----------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of NIOSH/KA FOUNDATION

अद्वैत तत्त्व ही

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इश्वर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इश्वर 2
	