

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(आरोग्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0717/0636

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

17/08/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

EMDADUL HAWK MONDAL

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

54

SEX (लिंग)

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

MAHAMMAD

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास पता)

PART NO-105, SOHAI, SIKETPUR, NORTH 24
PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: (स्थायी निवास पता)

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

CONTRACT LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS.1800x12=21,600/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

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

आम आय करदाता हैं (जो मध्य हो उसे या नहीं का निधान लगाएं)

Yes / हाँ

No / नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	EMDADUL HAWK MONDAL	54	M	SELF
2.	REBEKA BISAI	25	F	WIFE
3.	PRINYANKA PARVIN	23	F	DAUGHTER
4.	SAINA PARVIN	19	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किस कारण का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित दवाइयों का प्रमाण
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- LE
2.	SURGERY- LE (3ICST10L)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: NONE OF THE ABOVE.

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमान आता पाया जाय है तो मेरी सहायता निरा हो या खसती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से भी पा रही है, प्रत्यक्ष उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यही प्रमाण देता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस यदि या अधिक या भुगतान किया किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो किया है और न ही भविष्य में किया।

AGREEMENT by APPLICANT (attach 200 words)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/photocopy/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर उत्तर लिखना या खाली की जगह लिखना, मैं (अर्क्षक) अपनी छविकी की छवि बताना हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मे विषय इस प्रश्न में लिखेंगे, उसे "कोशिका" एम्ब पत्रिका, पत्र, मासिक पत्रा उद्घरण मे मुझे वार्तालेखों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार संपादन के अधिकार करने के लिए अधिकृत है। वे मेरा नाम किसी भी प्रकार के पत्रों या बर मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" मे किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्क्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय मे बि सहायता मे उद्घरणों के अधिकार है मुझे प्राप्त। सहायता का हक्क मेरी बतला। इस संबंध में "कोशिका" एम्ब उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के सम्मुख या आंग्रे का स्थान

2013/05/28

AGREEMENT by HOSPITAL (attach pt w/o)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) But 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें लॉरेन्स, हासबर्ग की ओर से मॉपलरोंकी की "बॉसिफा फायनोस" के विभिन्न साधन से विचारों को जारी है, जिसे हम (हासबर्ग) सिद्ध प्रकृत से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्कृति (स्वीकृत/निस्त का विद्यालय सलाह)

ACCEPTANCE

5-11

800-455-5884

August 1991

Date of Surgery

असंख्य की शक्ति

17/08/17

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Sankar Bagchi
Director
Sankar Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
आर्य समाज अस्पताल, दिल्ली

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION स्टाफ़ प्रयोग है

SANCTIONED
अनुमोदित

10

REJECTED
उत्तर-व्या

Figure 1

SIGNATURE of TRUSTEE 1
राजीव कुमार 1

.....

SIGNATURE of TRUSTEE 2
DATE

— 45 —