

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

K/1017/1017

APPLICATION DATE

06.10.17

NAME of APPLICANT :

KARTIK MANDAL

AGE-YEARS

47

SEX

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

BIREN MANDAL

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

BANIKHALI (SADHUPUR) PARA, HAMILTON ABAD,
SUNDARBAN COASTAL, SOUTH 24 PARGANAS,
743348, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

CONTRACT LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME :

RS. 1800 X 12 = 21,600/-

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : यदि प्राप्त हो तो

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

Yes / हाँ

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर टिक करें या नहीं का निरास लक्षण)

No / 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 सम्बन्ध
1	KARTIK MANDAL	47	M	SELF
2	SUBHASI MANDAL	40	F	WIFE
3	JAYANTI MANDAL	12	F	DAUGHTER
4	BANDANA MANDAL	12	F	DAUGHTER
5	JAYANTA MANDAL	13	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: JUNE 20 1996 11:

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 a
 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.

2) 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 अपना काम है कि इस काम में दिने एवं पूरी विभाग की आवश्यकताओं को समुदाय रूप से पूरी है। यदि कोई विभाग एवं काम समुदाय रूप से नहीं है तो पूरी आवश्यकता विभाग की यह सकती है।

2) ये इस के सामान्य दलित "बॉयस्का आउटरीच", से जो वे रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में था तथा है।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING TO BUY)

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/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.

[illegible]

2) मैं (अनिरुध) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, जहाँ, पते और विभाग को बिना सत्यापन के इंटरनेट से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सत्यापन का इस्तेमाल नहीं करना। इस संकेत के "अनिरुध" नाम आपके व्यक्तिगत या निजी जीवन और व्यवसाय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अधिकांश के समान ही अंतर्गत बाजारों में निवेश



AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH TO WDC)

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.

हवाई अधिकार, हवाईपट्टी की ओर से वायुसेना/एअर फोर्स को "अतिरिक्त वायुसेना" से मिलिये जायगा जेहूँ विमानों की कमी है, जिसे इन (हवाईपट्टी) जिन प्रकार से मान्य व लक्ष्यता करी है।

1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विधिवत स्थापना किसी भी साक्षरी संगठन या किसी अन्य समूह से उक्त ऐडवोकेटों में होने या हो गई है, जैसे कि इनमें "भौतिक चारदेरा" से निष्पत्तिनिमित्त उक्त के सम्मेलन में "भौतिक चारदेरा" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "भौतिक चारदेरा" द्वारा स्थापित निवर्तित अधिकाधिकतर हेतु समूह नहीं किंचित ज्ञात है तो अल्पमत किसी अन्य भी साक्षरी संगठन या किसी अन्य समूह/संगठन से स्थापना होने का अधिकाधिक सुनिश्चित प्रमाण है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पमत द्वितीय गहरा उक्त ऐडवोकेटों हेतु किसी भी साक्षरी संगठन या किसी अन्य समूह से नहीं संगठनीय है।

2. "સેલિયા પાન્ટેરા" એ ત્રી વર્ષ સત્તાવાર સંસ્થા સિલિય પ્રકૃતિ બો છે. તેને આ કમ્પાસ ડ્રાઇ વે થી સાબર પ કિને ને કમ્પાસ/સિલિય ના પુનઃ તેને સ્વ કમ્પાસ

[illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का निस्तान सग्रावे)		ACCEPTANCE सम्त	REJECTION सम्त
Date of Surgery अस्तीतन की काल	Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No. 58066 Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तकर व इति. व	 Sankar Bagchi Director Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तकाल अस्तीतन अस्तीतनी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तीक सग्रावे इति			
SANCTIONED सम्तुति	REJECTED सम्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तकर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तकर 2
			