

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : K/018/1618
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 05/01/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : BIKASH MONDAL
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 65
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SHYAMBOLLABH MONDAL
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
PART NO-174, MEENAKHA, NORTH 24 PARAGANAS,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION : UNEMPLOYED
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बन्ध
1	BIKASH MONDAL	65	M	SELF
2	SARASWATI MONDAL	52	F	WIFE
3	JHANTU MONDAL	32	M	SON
4	RINTU MONDAL	28	M	SON
5	RAKHI MONDAL	25	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICLIFIA)

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 सी गई सहायता राशि

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 बताना हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरी प्रार्थना है कि सहायता यदि "कौशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्यय में था।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रत्यय नहीं दूँगा, कि मैं किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता लूँगा और न ही अधिकारों का उपयोग करूँगा।

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/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 to 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 तरह का अपने इलाका या जिले की रूपरेखा में, (अनुरोध) अपने छात्रों की सुविधा के लिए "भौतिका पाठ्यक्रम और उसके न्यायोर्थ" का अधिष्ठान करना है कि यह सब, सब, जिले और के विभाग इस तरह से होता है, इसे "भौतिका" रूप में न्यायो, रूप, व्यवस्था के द्वारा उद्देश्य से सुदृढ़ प्रतिनिधित्व और प्रत्यक्षित्व के लिये किसी भी प्रकार के व्यवस्था के द्वारा करने के लिए अधिष्ठान है। ये इस का विभाग की इलाका के चारों ओर के चारों ओर के लिए "भौतिका पाठ्यक्रम" में न्यायो अधिष्ठान है।

2) मैं (आत्मवाद) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा मन, पाप, धर्म और विचारों को कि सामान्य को उद्देश्यों से प्रेरित है मुझे पता: सामान्य का सम्बन्ध नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" इससे उदाहरण ज्योतिषी का निर्णय अधिन और सम्बन्धित होगा।

आवेक के इलाका मे अंग्रे के विचार

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:

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.

इससे अभिप्राय, इलाहाबाद की ओर से गान्धर्व/देवी की "बोलिया पराजय" से विजय प्राप्त होना सिद्धांत की बात है, जिसे हम (हमारा) विना प्रकाश से मान्य न समझना चाहते हैं।

[illegible][illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संमति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE स्वीकृत		REJECTION निरस्त	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/01/18	Dr. Arindam Deb MBBS, DD, FRCS Reg. No. 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पं. नं.		Dr. Shishu Senkar Bagchi Director Koshika Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION					
SANCTIONED स्वीकृत	REJECTED निरस्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इलाका 2	
					