

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0118/1643

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05/01/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BISWANATH MANDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

74

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

BHANDICHARAN MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

RANAGAR, KHOLAPATA, NORTH 24 PARGANAS,
743428, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई निवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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)

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	BISWANATH MANDAL	74	M	SELF
2	AYAMAL MANDAL	46	M	SON
3	SULEKHA MANDAL	43	F	DAUGHTER
4	SUKHA MANDAL	40	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती 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 किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीविजन 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 लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: महोदय गुड मॅरिज मॅ

- DECLARATION by APPLICANT: **आवेदनकर्ता का विज्ञापन**
- 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं था/गलत था/झूठ था तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन", से जो पैसा मिलेगा, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ति के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो पैसा ले रहा हूँ और न ही लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (attach pp 400)

- 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-upreproduce 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, वाचनालय द्वारा उत्प्रेषण से जुड़ी लोकप्रियता और उपलब्धियों को निर्णय बिना मेरे प्रयास नगण्य से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण मेरे इलाज के पत्रों या पत्र से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रश्नार्थक में उत्प्रेषण से संबंधित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उपलब्ध न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेक के इलाक़ा या जंगल का निज़ाम



AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT D) (X)

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) 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 अधिकतर, इसका अर्थ है कि यह एक बहुत ही महत्वपूर्ण और जटिल प्रक्रिया है, जिसमें बहुत सारे लोगों की मदद चाहिए।

- 1) यह कि न तो कॉलेज और न ही परिवार में शिक्षित समाज में किसी भी सामग्री संश्लेषण या किसी अन्य स्तरों से उच्च एंटी-समाज में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "बौद्धिक फायर-वेयर" से विचारित/विचरित उच्च के समर्थन में "बौद्धिक फायर-वेयर" द्वारा नगर हेतु कि है। यदि "बौद्धिक फायर-वेयर" द्वारा समाज विचरित व्यक्ति/समाज हेतु मनुष्य की किम काट है तो समाज किसी अन्य भी सामग्री संश्लेषण या किसी अन्य समर्थन से समाज लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि समाज हीन नगर उच्च एंटी-समाज हेतु किसी भी सामग्री संश्लेषण या किसी अन्य समर्थन से नहीं संश्लेषी है।
2. "बौद्धिक फायर-वेयर" से ही नृ समाज कोष में शिक्षित प्रवृत्ति की है। ऐसी या इसका द्वारा ही नृ समाज या किम ले समर्थन/प्रतिष्ठा का सुझाव ऐसी एवं इसका को बीच का विषय है और "बौद्धिक फायर-वेयर" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए इसका में ऐसी के द्वारा सुझा और अपने जाने की सही विवेचनी ऐसी एवं इसका को छोटी और "बौद्धिक" की कोई सुझाव या विवेचनी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निस्तुति का निश्चय लक्षण)		ACCEPTANCE सम्मत		REJECTION नसम्मत	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05-01-18		Dr. Arindam Deb M.S., D.O., FRCGS Reg. No. 55096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इन्हें पं. नं.		(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इन्हें प्रतिष्ठान के अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु					
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED नसम्मत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्हें 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्हें 2	
					