

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S 11218/337 (112218)

APPLICATION DATE : 24/02/18

NAME of APPLICANT :

Nayak Mandal

AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग

60-92

FATHER/SPOUSE'S NAME :

~~Lat~~ Tatysh Mandai

PRESIDENT RESIDENCE ADDRESS कांस्या असेली पत्ते

TH-33 JJ Indigo Camp 4inches x 11 Dots

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : 200 3RD AVENUE

As Above



OCCUPATION: Farmer

MARRIED (Part 1) / UNMARRIED (Part 2)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 60,000/-

(Attach Proof of Income)
(see reverse side)

PAN No. संग्रह नं. संग्रह

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

Yes / No

FAMILY DETAILS *afternoon*

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

EPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
सर्वीस रोड के सैद्धांतिक पत्र (इनपुट पत्र को लालक ग्राही संतुलन करें)	आप वर्ष की उम्र पत्र (प्रत्येक पत्र की जाति ग्राही संतुलन करें)	उपचारकर्ता का पत्र (प्रत्येक पत्र की इनपुट ग्राही संतुलन करें)	वर्ष की साहग

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

साहस्रला देव किये गये दिनांक वर्ष लगाएँ:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल डॉक्टर से आई की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn.- RF Contract
	Studl.- RE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
कोई वित्तीय सहायता की जगह किसी दूसरी स्रोत से लिया गया है?

Dr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED हो रहे सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करता है-

- 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 नोप्ता करता हूँ कि यह प्रारूप मे दिये गये सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार सही एवं सटी ही। अदि कोई विवरण इसे कठोर असाध पाया जाता है तो उसी सहायता निवाल की जा सकती है।

2) मैं इस दस्तावेज के लिए बोला दूख है, कि कोई उत्पादन या उत्पादन की शुरूआत के लिये विवाह आवधि, या इस प्रारूप में दिया गया है।

3) मैं पुरी रूप से इस विवाह समाप्ति के दृष्टिकोण से गहरी रूप से इस विवाह समाप्ति से प्रभावित नहीं हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (SINCE TO YOU)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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 fulfilment 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 Kochika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रयत्न पर लग्ने हस्ताक्षर के संलग्न पीढ़ी जाप लागवार, मैं (आदीतक) अपनी सहायता की चुटिंग करता हूँ एवं "कोलेज चार्टरहॉल और डब्ल्यू न्यूज़लैंड" के अधिकृत करता हूँ जिस प्रेत नाम, चक्र, फैसले और जीवनशैली इस प्रयत्न में दर्शित है, उत्ते "कोलेज" एवं न्यूज़लैंड, चक्र, चार्टरहॉल आदि उक्तरूप से चुटी गवाहितियाँ और उपायितियाँ के दिये गियी पीढ़ी जाप लागवार

2) पै (अद्वेष) इह चात से समझ दें कि ये हर नाम, रक्त, फौटो और विवरण जो कि सुशाश्वर के डट्टोंमें से प्रतीक हैं मुझे लगते; लड़ाकूज का दृष्टव्य जैसे लगता। यह कम्पन ने "स्वीकृत" लगाये जान्हिए। यह उत्तीर्ण अपनी और भास्तुओं की ओर।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

स्वेच्छा के साथ सभी लोगों का दिवाली

(Narenjan Mondal)

AGREEMENT by HOSPITAL (继续する旨)

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 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/care from any other NGO or any other source. 2) The assistance from Kushika 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 Kushika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Kushika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अवधि, दासत्वी की ओर से यात्रोंकी नो "यात्रिका चलानेवाला" से विविध यात्रा दृश्यमान थी जो यहाँ है, जिसे एप (ट्रॉली) निप यात्रा में बन्ध द रियलिटी चाहते हैं।

1) यह कि न हो वांग्यान और न हो विषय में विशिष्ट सदाचारा किसी गैर साक्षात् वांग्यान का किसी अन्य साक्ष द्वारा के उपर ऐक्सेम्प्लर्से वे लेंगे कर से रहते हैं, जैसे कि इनमे "कॉलेज पाइनडेंस" से विशिष्टिकृत एवं उस के सम्बन्ध में "कॉलेज पाइनडेंस" इष्ट प्रश्न हैं कि है कि "कॉलेज पाइनडेंस" इष्ट सदाचारा विशिष्ट साक्षात् कामल हैं या नहीं जो कि इष्ट प्रश्न है तो सदाचारा किसी अन्य गैर साक्षात् गणना या विशिष्ट अन्य साक्षात् से उत्तराका संतुष्ट करने का अधिकार युक्तिश्वर रखता है। इस पृष्ठ में सदाचार का व्याप्ति कि कि वस्त्राकाल विशिष्ट वार उक्त वस्त्र ऐक्सेम्प्लर्से हैं कि कि वस्त्राकाल विशिष्ट अन्य वार उक्त वस्त्र ऐक्सेम्प्लर्से हैं

2. "फोरेंटल फारम्हेसी" में ही यह व्यापक लैबल निश्चय प्रदूषि भई है। ऐसी पर दृश्यताएँ प्राप्त हैं कि यह उपचारात्मक या सुनाया होनी एवं इन्स्ट्रक्शन दे वाले का निषय है और "कोरेंटिका फारम्हेसी" उन विस्तीर्ण प्रकार का कोई इच्छ नहीं है। इसलिए उपचार में ऐसे के इच्छ सुनाया और अने पढ़े को सारी जिम्मेदारी देनी एवं इन्स्ट्रक्शन की होती और "वार्निंग" को कोई सुनाया या जिम्मेदारी दृश्य बनाने में ज्ञान देने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
उत्तीर्णी के लिए संमति

Date of Surgery अंपेत्तम की तारीख	 Dr. Shubha Mehta DMC No. 64798 <small>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</small> Shroff Eye Care श्रोफ आई केयर नाम के दस्तखत के लिए.	 Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent Shroff Eye Care श्रोफ आई केयर A-8, Kalpataru, स. गोदावरी अधिकृत अस्पताल
25/12/18		

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नानी दत्तदेव ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
खाती दखात 2

Saxony

John B