

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. : K/1218/1730

APPLICATION DATE : 05/12/18

NAME of APPLICANT : RABIN MONDAL

AGE-YEARS 46

SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KANAI MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : MAHARAJA PAL, KHA, SAHANIYA, BANGALURULILUBERIA - 2, HODURAH, WEST BENGALPERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : CONTRACT LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 20000/20 24,000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)PAN No. XXXX XXXX XXXX

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

Yes / No

आप आय आय कर दाता हैं (यदि लागू हो) उक्त पर सही का निशान लगाएं:

हाँ / 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 से सम्बन्ध
1.	RABIN MONDAL	46	M	SELF
2.	TUMPA MONDAL	45	F	WIFE
3.	ASIS MONDAL	17	M	SON
4.	SUMANA MONDAL	16	F	DAUGHTER
5.	SUNIYA MONDAL	11	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तहत 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 किसे किसे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी की गई डॉक्टर की सलाह
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SLC 8710L)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 affirm 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 प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण रूप से सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी प्रार्थना सिर्फ़ यही कि इसकी सही जानकारी प्राप्त हो सके।
- 2) मैं इस बात का प्रमाण दूँगी कि "कौशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताना था।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस प्रमाण हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो राशि के लिए या न ही भविष्य में हूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (below the line)

- 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-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 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 का जवाब इसलिए या नहीं की बात समझना है। (आवेदक) अपने हस्ताक्षरों को जोड़ कर कहें हैं कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विषय पर इस प्रकार से प्रकाश दें, जैसे "कोशिका" द्वारा जाहिर, दूर, कमजोर करने वाले तरीकों में मुझे प्रतिस्पर्धी और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का लाभ दे सकाई करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका मतलब यह जानने का मतलब है कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से ज्यादा अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और विषय को बिना किसी भी तरह के प्रतिस्पर्धी के जारी रखें। हालांकि यह सहायता का उपयोग नहीं किया जा सकता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा जाहिर जाहिरियाँ का निर्णय अंतिम और अप्रत्याशित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

અન્યથા એ વાસ્તવ નો સંપર્ક નહીં થાય



AGREEMENT by HOSPITAL (बिना हॉस्पिटल के बिना)

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:

- 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.

एक ही तरह, बंगाली की ओर से बंगालीयों की "बंगाली आन्दोलन" से मिली राहत की निशानि भी मिली है, जिसे इन (बंगाल) निम्न प्रकार से मान्यता दी जा रही है।

- 1) यह कि न तो सोवियत और न ही अमेरिका में किसी सरकार को किसी भी प्रकार का सैन्य प्रयोग या किसी अन्य प्रकार से इस परेन्ट-पबलॉ में होने का अधिकार है, जैसे कि इसी "बोडिंग फायरवेयर" से निषेधित/निषिद्ध इस से सम्बन्ध में "बोडिंग फायरवेयर" द्वारा चरम हेतु कि है। यदि "बोडिंग फायरवेयर" द्वारा सरकार किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है तो सरकार किसी अन्य भी प्रकारों प्रयोग या किसी अन्य सरकार से प्राप्त होने का अधिकार प्रमाणित नहीं है। इस प्रमाण में स्पष्ट कहा जाता है कि सरकार द्वारा चरम इस परेन्ट-पबलॉ हेतु किसी भी प्रकारों प्रयोग या किसी अन्य प्रकार से नहीं प्रयोग/प्रयोग।
2. "बोडिंग फायरवेयर" में ही यह सरकार केवल किसी प्रमाणित ही है। ऐसी न इसका द्वारा ही यह सरकार या किसी से सरकार/प्रमाणित या प्रमाणित ऐसी ही इसका प्रमाणित में ही यह सरकार केवल ही और "बोडिंग फायरवेयर" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसीप्रमाण इसका में ऐसी ही इसका प्रमाण और यदि नहीं भी यदि किसी/प्रमाणित ऐसी ही इसका प्रमाण और ऐसी ही "बोडिंग" की कोई प्रमाणित या किसी/प्रमाणित इस प्रमाण में ही प्रमाणित।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सभीकाली के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/12/18	 Dr. Arindam Deb (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका नं. और स्टैम्प	 Shih Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत प्रयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્યશ્રી ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્યશ્રી ૨
	