

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/1218/1735

APPLICATION DATE: 05/12/18

NAME of APPLICANT: PARBHU CHANDRA MONDAL

AGE-YEARS: 71

SEX: M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

BHABATARAN MONDAL

FATHER/SPOUSE'S NAME:

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: पति/पत्नी का पता

JODGURI, HOWRAH, 713003, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास

H.S. MAHA

OCCUPATION: UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

NIL

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत प्रस्तुत करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो तो

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो लागू हो उस पर 'हाँ' या 'नहीं' का चिह्न 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 संबंध
1.	PARBHU CHANDRA MONDAL	71	M	SELF
2.	PRATILATA MONDAL	65	F	WIFE
3.	ARPAN MONDAL	43	M	SON
4.	ANJAN MONDAL	40	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पटीसी कार्ड की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गए निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉल्डिपेरन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT LE
2.	SURGERY - LE (SIC 9-110L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी 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 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 प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमाना जाय जाय है तो मेरी सहायता निरास हो या ख़त्म हो।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, प्रमाण प्रस्तुत करने पर ही मैंने किस कारण, को इस प्रमाण में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायता से या प्रमाण को नहीं हूँ, उस राशि का अधिकतम जो प्रमाण प्रस्तुत किया जाये प्रमाणित/प्रमाणित करने के लिए मैंने और मैं ही अधिकतम में हूँ।

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-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.
- 1) इस प्रश्न का उत्तर इच्छा या नहीं की बात सामना करें। (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता है कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटो और कोई भी विवरण इस प्रकार में प्रेषित हैं, जो "कोशिका" द्वारा चोटो, घर, परिवार के सदस्यों से मुझे परिचितियों और प्रभावितों को मिले बिना भी उच्च सामान्य से प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का निवारण की इच्छा को पता या कर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटो और विवरण को किसी कारण से उपस्थिति में प्रेषित है मुझे उम्मीद: सामान्य का इच्छा नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्राप्त भरोदारों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 સહી અથવા ડાબા ટુંબની છબી

Pooresh ch. Mandal

AGREEMENT by HOSPITAL: (FURNISH TWO COPIES)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Institution) 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/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.

क्या आप जानते हैं, भारत की ओर से माइक्रोबैक्टीरिया को "कॉस्मिक राइडर" के तौर पर जाना जाता है। यह इन (इन्फेक्शन) से निपटने में मदद कर सकता है।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अग्नीकृतं चो विष्णुः संसृजति

Date of Surgery 05/12/18	Dr. Arindam Deb MS, D.O., FRCS Reg. No. - 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Dr. Arindam Deb Registrar Registrar Registrar	Dr. Shish Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) Dr. Shish Sankar Bagchi Director Director
-----------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION भारतीय जनता दल

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય શાસ્ત્રી ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય શાસ્ત્રી ૨
	