

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. : K/1218/1949

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 05/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SANDHYA MONDAL

आवेदक का नाम

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

RATAN MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS 'घर' का पता

BANTALA, HALDIGHI, 71316, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. 'आय' का प्रमाण

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

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 के साथ संबंध
1.	SANDHYA MONDAL	63	F	SELF
2.	KASHI NATH MONDAL	70	M	HUSBAND
3.	ANIL MONDAL	41	M	SON
4.	ANKITA BANJA	13	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एनडी ईआ को चिपे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ डालि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएस सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ डालि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ डालि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न में किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICSTIOL)

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 इस पर सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **अभिनेता प्रमाण पत्र**

- 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 Kashika 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 दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्णतया गलत या झूठ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस गैर मुद्रा सहायता को "कठिनाई पराजयता", से ही ले रहा हूँ, इसका उपयोग करने के लिए मैं यहाँ पर लिखे विवरण, को इस प्रश्न में पद लगा रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से या उसके अंश को, या पूर्णतया या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (where applicable)

- 7) 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.
- 8) 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 ढङ्ग वा अपने हस्ताक्षर या मोहरे की छाप लगाकर, मैं (अर्शदख्त) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज़ारियन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस ढङ्ग में प्रयोग करे, इसे "कोशिका" द्वारा मासिक, दैनिक, सप्ताहवार पत्रों सहित अन्य से मुझी परिवर्तित और प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रयुक्ति करने में लिप्त अधिकृत है। ये ढङ्ग वा विवरण मेरी इच्छा के अन्तर्गत वा बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शदख्त) इस बात से सहमत हूँ कि वेदा यज्ञ, यज्ञ, फोटो और विवरण को बिना आग्रह के उपयोग में लाया जा सकता है। आग्रह वा इच्छा नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके ज़ारियन का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अन्तरात् वे प्रत्ययः च सौर्ध्वं च विभक्तः



AGREEMENT by HOSPITAL: (WFOH 01 50X)

By affixing her/his/their signature on this form, the Authorized Signatory is recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Koshika) 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.

हवाई अधिकृत, हवाईरुकी को और से गानेलेले को "बोलिवा पायनेर" से मिलि पायने हेतु विपरीत को जाली है, जिले दम (हवावा) सिम जल से पाय न जलिया पावे है।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीडिश के लिए संस्कृति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 05/12/18	 Dr. Arindam Deb (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम और पंजीकरण संख्या के साथ मुद्रा	 Dr. Sanjay Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद, इलाहाबाद अस्त्रोपचार केंद्र के लिए
---	--	--

FOIR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION भारतीय अर्थशास्त्र विज्ञान संस्थान - कोशिका

SIGNATURE of TRUSTEE 1 અચાર્ય હનુમાય ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 અચાર્ય હનુમાય ૨
	