

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

K/1218/1752

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

05/12/18

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

ASHOKE MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

GOPAL MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

KARATBERIA, HOWRAH, P.O. 316, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय

CONTRACT LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

RS. 2000 x 12 = 24,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत प्रस्तुत करें)

PAN No. आई टैक्स 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 संबंध
1.	ASHOKE MONDAL	56	M	SELF
2.	CHAYA MONDAL	54	F	WIFE
3.	LAKSHMIKANTA MONDAL	22	M	SON
4.	SRIKANTA MONDAL	22	M	SON
5.	ANIL KANTA MONDAL	22	M	SON
6.	PAPTI B. DEBATA	18	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि प्रस्तुत करें
1.	DIAGNOSIS-CHARTACT-RE
2.	SURGERY-RE(31CS+10L)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से सिद्ध पत्र हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कितनी राशि सहायता दी जा रही है
------------------------	---	--

DECLARATION by APPLICANT: none yet given by:

- 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 नहीं माना जाय तो वह गलत है। उसे सही बताया गया भी वह गलत है।
- 2) मैं इससे यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण में लिखे बिना नहीं करूँगा, जो इस प्रमाण में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस प्रमाण के लिए या अन्यत्र से कोई भी सहायता नहीं ले रहा हूँ, न ही भविष्य में लेऊँगा, जो इस प्रमाण के लिए या अन्यत्र से प्राप्त किया जा रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (print full name)

- 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/republish 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) स्वयं या अपनी कौन सी बात कह रहा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके पालकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय पर इस तरह से प्रकाश दें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाश दें, कम्प्यूटर द्वारा प्रकाश दें या मुझे व्यक्तिगत और प्रकाशित करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास करें। मेरे नाम का प्रयोग मेरे प्रश्न के पालों पर कर के करने से मैंने "कोशिका फाउंडेशन" व पालों को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को मेरे प्रश्न के उत्तरों के प्रकाश के लिए प्रकाश दें। प्रकाश का प्रकाश नहीं करता। इस अर्थ में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

anterior al grupului de lucru al cărui scop este



AGREEMENT by HOSPITAL (EPHRAIM 100 1000)

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.

१५९१ अविष्कृत: इराक़ी की ओर से ग़ज़ालेज़ी को "अमीरात ग़ज़ालेज़ी" से मिली। ग़ज़ालेज़ी को ज़ाली है, जिसे हम (ग़ज़ालेज़ी) फिर ज़ाली से ज़ाली न ज़ाली करते हैं।

1. यह कि न तो बॉक्सा और न ही पॉलिम में स्थित साधारण किसी भी प्रकार की धोखा या किसी अन्य बात से इस लेखिकाओं में होने या हो गई है, जैसे कि इन "बॉक्सा साधारण" से निष्पत्ति/निष्पत्ति इस से समझ में "बॉक्सा साधारण" इस तरह हो कि है। यदि "बॉक्सा साधारण" इस साधारण किसी अधिकार/अधिकार से मुक्त नहीं किया जात है तो साधारण किसी अन्य भी प्रकार की धोखा या किसी अन्य साधारण से साधारण होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट बात यह है कि साधारण स्थिति यह इस लेखिकाओं से हो कि न तो बॉक्सा और न ही किसी अन्य साधारण से नहीं लेना/लेना।
2. "बॉक्सा साधारण" से हो गई साधारण धोखा स्थिति इससे भी है। लेखिका इससे भी साधारण या किसी भी साधारण/अधिकार का धोखा लेने एवं साधारण से धोखा का निपट है और "बॉक्सा साधारण" इस किसी प्रकार का कोई समझ नहीं है। इसीलिए साधारण में लेखिका से इससे भी साधारण धोखा और अन्य बातें को नहीं निपटें/लेने एवं साधारण को लेने और "बॉक्सा" को कोई धोखा या निपटें/लेने इस प्रकार में नहीं लेना।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इन्दीवर्ती के लिए संस्तुति

Date of Surgery 05/12/18	(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) 	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) 
-----------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अशोक फाउंडेशन के लिए

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