

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : K/1218/1797		APPLICATION DATE : 21/01/18				
NAME of APPLICANT : NESARAM MONDAL		AGE-YEARS 67				SEX F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HANNAN MONDAL						
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : DAKSHIN KALIA, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE		 		
OCCUPATION : HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)				
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income)				
FAN No. : 123456789		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No		
				हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)						
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant		
1.	NESARAM MONDAL	67	F	SELF		
2.	HANNAN MONDAL	65	M	SON		
3.	YASMINA MONDAL	35	F	DAUGHTER		
4.	YASMINA MONDAL	32	F	DAUGHTER		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)						
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		
Any Other Basis/Proof						
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:						
Medical Reports/Prescriptions Attached						
Sr. No.	1. DIAGNOSIS - CATARACT - RE					
Sr. No.	2. SUGGESTION - RE (SUGGESTION)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES						
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED				

DECLARATION by APPLICANT: none yet none yet

- 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 Kashiya 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 यहाँबत कर रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनकर आता पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास भी न बनती है।
- 2) मैं इस से आशावत रहता हूँ "कौशलिक परामर्श", से लो न सही है, इसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बता पाया है।
- 3) मैं यहाँबत कर रहा हूँ कि इस प्रश्नमें हेतु का प्रत्येक भी नहीं है, उस लो न का अर्थिक न समझा निरास निरास अन्य स्रोत/रोडर/बोडर बनने से न हो निरास है और न ही अर्थिक में लोड।

AGREEMENT by APPLICANT (attach in box)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 तरह पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा छापकर, मैं (अर्हक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोर्थ" से अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस तरह में प्रकाशित करेंगे, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित करने के लिए, सामान्य रूप से मंचों पर मुझे प्रार्थनाओं और जानकारी के लिए बिना किसी भी प्रकार का समय के इंतज़ार के लिए अधिकृत है। मैं इस बात को स्वीकार करता हूँ कि कभी भी यह नहीं हो सकता कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से कोई अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मैं अपने नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के उपयोग के लिए स्वतंत्र हैं। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनके न्यायोर्थ का निर्णय अंतिम और अपेक्षाकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकारी को प्रमाणित करने के लिए निम्नलिखित



AGREEMENT by HOSPITAL (8/1/08 00:40)

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:

- 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.

इससे अधिकतर, इलाहाबादी की ओर से चलाये गये को "कलिया का पाखंड" से मिलित समझा है। विपरीत की भाँती है, जिसे हम (इलाहाबादी) फिर उल्टा से समझ न ले सकें।

- 1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित सामान्य विधियों का सामग्री संश्लेषण या किसी अन्य प्रकार से उसका उद्देश्यपूर्णता में लाने या ले जाने से, जैसे कि इनमें "कोटिमा पायदेरा" से निष्पत्ति/निष्कर्ष उद्देश्य के सम्बन्ध में "कोटिमा पायदेरा" द्वारा प्रारम्भ हेतु कि है। यदि "कोटिमा पायदेरा" द्वारा सामान्य विधियों को अधिक-समय हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अन्ततः किसी अन्य का सामग्री संश्लेषण या किसी अन्य सम्बन्ध से सामान्य लाने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रश्न में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय पक्ष उद्देश्यपूर्णता हेतु किसी का सामग्री संश्लेषण या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं संश्लेषणी।
2. "कोटिमा पायदेरा" से ले जा सामान्य संश्लेषण विहित प्रक्रिया को है। ऐसी या सम्बन्धित द्वारा ही यह कहा जा किने लगे सम्बन्धित/विशेष का प्रस्ताव ऐसी एवं सम्बन्धित को बीच का विषय है और "कोटिमा पायदेरा" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसलिए सम्बन्धित में ऐसी को प्रस्ताव प्रस्ताव और जाने जाने को जारी निष्पत्ति/निष्कर्ष ऐसी एवं सम्बन्धित को ऐसी और "कोटिमा" को कोई अधिकार या निष्पत्ति/निष्कर्ष इस सम्बन्ध में नहीं छोड़ें।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अग्रेषण की तारीख 28/11/18	Dr. Klok Approval (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व छिद्र नं.	Shri Bankat Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on Behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION अन्तर्गत प्रयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 साथी इशारा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 साथी इशारा 2
	