

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of life

APPLICATION No. : K/1218/1837

APPLICATION DATE : 8/10/18

NAME of APPLICANT : KADAM NANDAL

AGE-YEARS : 60

SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SATISH NANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
DANITAR KAHAROKARIKAH DADA TINDA,
BASIRHAT NORTH 24 PARAGANAS DISTRICT,
WEST BENGAL.PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
- AS ABOVE -

OCCUPATION : HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

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

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

Yes / No

आप अपने आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी या 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 के साथ संबंध
1.	KADAM NANDAL	60	F	SELF
2.	SATISH NANDAL	61	M	HUSBAND
3.	SUKHEN NANDAL	35	M	SON
4.	NIJANTA NANDAL	23	M	SON
5.	SULKHA NANDAL	23	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये दिया गया

BPL Card (Attach Card Copy) पट्टी कार्ड का 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 Card Copy) आपूर्ति कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिए गए निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - Lc.
2.	SURGERY - Lc (SUSPENSE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो प्राप्त किया गया

DECLARATION by APPLICANT: none per 18 CFR 101.11

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिझक पूर्ण कथन अथवा गलत बात है तो मेरी प्रार्थना सिद्ध की जा सकती है।
- 2) मैं इससे अधिकृत रूप से "सहायता प्राप्त करने", से ही कह रहा हूँ, यथागत प्रमाणों को प्रस्तुत करके मुझे मिलने वाला धन, जो इस प्रपत्र में मांग रखा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रपत्र में मांगे गए धन का उपयोग किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach 200 WOC)

- 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 पर अपने उत्तराव या नीचे की पंक्तों में लिखें, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत बना है कि वे मेरा नाम, पता, चोटिया और मेरे विवरण इस प्रश्न में कोशिका हैं, इसे "कोशिका" कल्पना करें, यह, सचमुच दूसरी उद्देश्य से मुझे निमित्तियों और उपस्थितियों के बिने किसी भी प्रकार सामान्य से उपस्थित करने में हिन् अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण मैं इसमें के पक्षों का रूप में जाने के हिन् "कोशिका फाउंडेशन" व जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद प्राप्त, यह, चोटिया और विवरण को कि प्रमाण से उद्देश्यों से प्रतिष्ठित है मुझे स्पष्ट: प्रमाण का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" कल्पना करके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अमेरिका के इलाका के लोगों का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL (IF/WHEN YOU WISH)

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

हमारे जीवन में, हमारे दिलों की ओर से आनेवाली वो "अविनाशक यादें" ही हैं जो हमें हमारे अतीत से जोड़ती हैं, जिन्हें हम (हमारे) अपने अतीत से जोड़ने में सक्षम हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इलीक्यूरी को विषय संग्रहण

Date of Surgery 08/12/18	Dr. Harekrishna Nag (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) 11553 (OPHTH)	Dr. Bunker Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) 11553 (OPHTH)
-----------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिम उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 श्री श्री श्री	SIGNATURE of TRUSTEE 2 श्री श्री श्री
	