

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K11218/1892		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 11/12/18.		 Koshika Foundation Building Block of Life	
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : KHOKAN MONDAL		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 65	SEX / लिंग : M		
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : KARTICK MONDAL					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास स्थान : D. S. MURARI BIKUR ROAD, ULTA DANGA MAIN ROAD, KOLKATA, 700069 WEST BENGAL.				 	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास स्थान : - AS ABOVE -					
OCCUPATION / व्यवसाय : UNEMPLOYED.					
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : NIL		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED		(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)	
FAN No. / सर्वेक्षण संख्या : [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : ☒ Yes / ☐ No					
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 सम्बन्ध	
1.	KHOKAN MONDAL	65	M	SELF.	
2.	TRISHNA MONDAL	64	F	WIFE.	
3.	PRITOM MONDAL	24	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए निम्नलिखित आधार : [Blank]					
BPL Card (Attach Card Copy) / पटीसी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु निम्नलिखित उद्देश्य :					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/सुची प्रमाण				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L.E.				
2.	SURGERY - In (Cataract)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है ?					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: **जॉन डी डेनिस एच.**

- 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 Kishika 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 गारंटी करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि "कौशल विकास प्रशिक्षण", से जो पैसा मिलेगा, उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये बिना किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से प्राप्त नहीं किया जायेगा।
- 3) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि का कौशल विकास प्रशिक्षण के लिये ही उपयोग करूँगा/कराऊँगी। मैं किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से प्राप्त की गई राशि का उपयोग नहीं करूँगा/कराऊँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (attach per unit)

- 11) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-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.

- 1) इस प्रश्न का उत्तर इसका यह जोषों की बात लक्ष्मण, मैं (आरोपक) अपनी सख्ती की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पारदोशन और उसके ग्यारहों" को अधिकृत करता हूँ कि वे सब सच, भोटे और जो विचार इस प्रश्न में संकेत है, उसे "कोशिका" एवम् ग्यारहों, दार, पचपच दूरी दर्दों से मुझे संविधिपूर्वक और उत्तमविधि से जिन विचारों से उत्तर प्राप्त हो जाता है उसे ही अधिकृत है। ये प्रश्न का विचार ही इसका जो पक्षों का सच से करने का हित "कोशिका पारदोशन" व ग्यारहों अधिकृत है।
- 2) मैं (आरोपक) इस बात से सहमत हूँ कि वे सब सच, भोटे और विचार जो कि इसका जो दर्दों से प्रतीति है मुझे सच: इसका जो इतरा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके ग्यारहों का निर्णय अधिक और अधिकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: _____

andrew: it seems to me right in theory

AGREEMENT by HOSPITAL (EPHRAIM 250 4500)

By affixing her/his/its signature, signature of our Authorized Signatory for 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.

क्या है जलियाँवाड़ा इलाके की और से आज़ादी संग्राम को "बोशिया गजबेरा" से जिलियन बखानना हेतु विपरीता भी जाती है, जिसे इन (इंग्लिश) सिने कला में मान्य न स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

2. "कोरिका प्यान्डोरा" के दो नए संस्करणों का विवरण इस प्रकार है: (1) कोरिका प्यान्डोरा का दो नए संस्करणों का विवरण इस प्रकार है: (2) कोरिका प्यान्डोरा का दो नए संस्करणों का विवरण इस प्रकार है:

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

भयभीतकारी के लिए संभव

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/12/18	Dr. Ghosh M.D., DNB, FRCS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Susrut Eye Hospital & Research Centre	Shishu Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) Susrut Eye Hospital & Research Centre नाम व पद इत्यादि अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग के लिए

अनुसूचित जातों के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 અચાર્યે દાખલ 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 અચાર્યે દાખલ 2
	