

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य एकाधिकार)

APPLICATION NO.: K1121R-11893

APPLICATION DATE: 11/12/12

NAME OF APPLICANT : LAKSHMI MANDAL

AGE-YEARS 200-201 | SEX ♂

61 P.

FATHER'S SPOUSE'S NAME : GURBINDA MANDAL.
Registration No. 99

PRESIDENT RESIDENCE ADDRESS: 1000 N. BROADWAY

DAKCHIN ISAMANGHATA HADIA TAHAN MURAI - 11
SOUTH 24 PARGANAS 700150 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 4925 NORMAN DR

- AS ABOVE -

MARRIED (matrimonio) / UNMARRIED (non matrimonio)

TOTAL ANNUAL INCOME

115

(Attach Proof of Income)
(see next page)

卷之三

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):

Van / No
et al.

FAMILY DETAILS FROM FORM

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

EPL Card (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड को जोड़े उपलब्ध परा (उपलब्ध पर को जाप दिये उपलब्ध करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) इव्स कार्ड प्रमाण परा (उपलब्ध पर को जाप दिये संतुष्ट हो)	Ration Card (Attach Copy) उपलब्ध कार्ड (उपलब्ध पर को जाप दिये संतुष्ट हो)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड संस्कृ
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
_____ to find and find no work.

Sl. No. लक्षण संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मालिक/ट्रैकर से जारी की गई डिपोजिट सूची जातियाँ
1.	DIAGNOSIS- CATHARACT- L.
2.	GURGERY- L (Start 90)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
को जिसी ही वार्ता के द्वारा दी गई सहायता की तरह इसी वार्ता से नियम लागू हो?

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करते हुए

- 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 Krishika 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 यहां पर्याप्त जानकारी के साथ सभी विवरों को सत्याग्रह करता हूँ कि वे सचेत हैं। यदि कोई विवर ऐसा करता है कि वे कोई विवर देता है तो उसे बदलना चाहिए।
 - 2) मैं इस जो सहायता की "विद्युत शिक्षा", वे ले जा रही है, जिसका उपयोग कोई और विवर नहीं है, जो इस विवर के लिए नहीं है।
 - 3) मैं अपने यहां दिए गए विवरों को कोई भी रूप से बदलना नहीं करूँगा जो कि विवर का अधिकारी द्वारा दिए गए विवर से भिन्न होता है।

AGREEMENT by APPLICANT (check all boxes)

- 3) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/produce 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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) यह पत्र का लाने वाला या लंबे से जा सकता, मैं (अवेदनकर्ता) अपनी समिति को भुग्त करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन ली. लाइट एन्ड एफिस" को सहित बताता हूँ कि मैं यह समिति, जो वहाँ से वितरण का प्राप्ति करता है, यह "कोशिका" का एक नाम है, यह, एवं यह इसी समिति को समर्पित होता है। यह समिति को भुग्त करता है कि "कोशिका फाउंडेशन" का नाम अधिक है।

(2) मैं (अवेदनकर्ता) यह पत्र के साथ हृदय द्वारा देखा, पढ़ा, और जो भी वितरण की विधि के अन्तर्गत भुग्त है तभी ही, यह समिति को इसका उपयोग करता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMBPRINT

Author of *Science and the Future*



AGREEMENT by HOSPITAL (SIGNATURE)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संकेतिक रूप स्वरूप

Date of Surgery मरीज की तिथि 11/12/18	Ghosh MSB, DNB, FRCS Reg. No. -50971 Surgeon Dr. A. Ghosh, Msc, MBBS, DNB काम का समय क्रमांक ५४६, १	<i>(Signature)</i> Dr. Subir Kumar Ghosh (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital/Research Centre) काम का समय क्रमांक ५४६, १
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHISHA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
गुरु राम |

SIGNATURE of TRUSTEE 2
उपायी का दस्तावेज़ 2

Sofia

Siue