

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

K1148/1904

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

11/12/18

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

ADURI MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F.

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

RAJENDRA MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

SHRIEMATHA HAT BACHA DUMAKER-II
SOON IN PARANAL 90004, WEST BANGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

-AS ABOVE-

OCCUPATION :
व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NIL

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

PAN No. आय का प्रमाण

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को कल्प 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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1.	ADURI MONDAL	63	F	SELF
2.	RAJENDRA MONDAL	88	M	SON
3.	ARJUN MONDAL	35	M	SON
4.	RAJENDRA MONDAL	70	M	HUSBAND

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

BPL Card (Attach Card Copy) संश्लेषी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का 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 किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शंस के साथ जो भी आवश्यक दवाइयां सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS. CATARACT. RE.
2.	CURATIVE-RE (SICUTOL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी भी सहायता पुरानी

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰਜ਼ਦਾਰ ਦਾ ਘੋਸ਼ਣਾ ਹੈ:**

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मानकर गलत जवाब द्या है तो यहाँ दिये गए विवरण को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इस से प्रत्याश करती हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि भविष्य में मैं इस मदद का उपयोग किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लूँगा और न ही किसी भी स्रोत से।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE TWO) _____

- 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/print-upreproduce 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस तरह पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी का प्रहार लगाकर, मैं (अर्हक) यहाँ से अपनी स्वीकृति दे रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विवरण इस तरह से प्रकाशित करेंगे, जहाँ "कोशिका" मुझे मदद करेगा, घर, परिवार के लोगों के साथ मुझे मिलाने और जानकारी देने के लिए किसी भी तरह के माध्यमों में उपयोग करने के लिए अधिकृत है। ये तरह का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण के बिना फाउंडेशन के ट्रस्टियों से निर्णय लेने के लिए होगा। फाउंडेशन का फैसला ही होगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा दायें निर्णयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

analysis of variance is about 100 times



AGREEMENT by HOSPITAL. (EXHIBIT B-400)

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 investment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे जीवन में हमेशा ही जो लोग हैं जिनके साथ हमें "कठिनाई" का सामना करना पड़ता है, जिसे हम (अपमान) फिर प्रकाश में लाते हैं और उसे नज़राने देते हैं।

- 1) यह कि ज ल से चोहर और ज डी अधिक नै दिहिन सगल किरी नै सगरी सगल न किरी जग लीन से उल रोटीपल्लो नै लेने न लो खे है, कैरी कि इने "कोरिग पारदेन" से लिपिबिजिबि उल से सगल नै "कोरिग पारदेन" द्रुत परर हेतु कि है। अरे "कोरिग पारदेन" द्रुत सगल बिदे लिपिबिजिबि हेतु सगु ली किम जल है लो सगल किरी जग नै सगरी सगल न किरी जग सगल से सगल लेने न अधिक सगल सगल है। इल पुरि नै इल नल जल है कि सगल दिहिन परर उल रोटीपल्लो हेतु किरी नै सगरी सगल न किरी जग सगल से ली लेलले।
2. "कोरिग पारदेन" से लो नै सगल सगल दिहिन इल्लो ली है। लेने न इल्लो द्रुत से नै सगल न किरी लो उल्लोदिहिन न सगुल लेने लो इल्लो लो लेने नै और "कोरिग पारदेन" द्रुत किरी उल्लो न लो लेने ली है। इल्लो इल्लो नै लेने नै इल्लो सगुल और लो लेने ली ली किरीले लेने लो इल्लो लो लेने और "कोरिग" लो लेने अधिक न किरीले इल्लो सगल नै ली लेने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

मनीषा कुशुनी के लिए संस्कृति

Date of Surgery 11/12/18	Dr. C. Ghosh M.B.B.S., DNB, FRCS (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) Sutru...	Shishu Bunker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ...
-----------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય શ્રીમદ્ ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય શ્રીમદ્ ૨
	