

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
foundation
   
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K11918/1990

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

ANANDA MANDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

SHASHIBHUSHAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

 1st FLOOR, PURANPUR AREA, KANUNDA  
 "DIAMOND HARBOUR" SOUTH 24 PARGANAS,  
 WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का सत्य प्रमाण)

PAN No. स्थायी आय स्रोत

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को चयन करें उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से क्या सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|--------------------------------------------------|
| 1.                     | ANANDA MANDAL                                     | 60                         | M              | SELF                                             |
| 2.                     | SANJITA MANDAL                                    | 48                         | F              | WIFE                                             |
| 3.                     | ROHAN MANDAL                                      | 16                         | M              | SON                                              |
| 4.                     | CHETAN MANDAL                                     | 13                         | M              | DAUGHTER                                         |
|                        |                                                   |                            |                |                                                  |
|                        |                                                   |                            |                |                                                  |
|                        |                                                   |                            |                |                                                  |
|                        |                                                   |                            |                |                                                  |
|                        |                                                   |                            |                |                                                  |
|                        |                                                   |                            |                |                                                  |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

|                                                                                                           |                                                                                                                   |                                                                                          |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>समस्या/दवा से जारी की गई डॉक्टरों सूची संलग्न |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT - LE.                                                              |
| 2.                     | SURGERY - LE (C.C.F.I.O.L)                                                              |
|                        |                                                                                         |
|                        |                                                                                         |
|                        |                                                                                         |
|                        |                                                                                         |
|                        |                                                                                         |
|                        |                                                                                         |
|                        |                                                                                         |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>जी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

## DECLARATION by APPLICANT: none yet made to...

- 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.
- १) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तब भी मैं इसे सही मानकर देता हूँ।
- २) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- ३) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी अन्य संगठन या व्यक्ति से न तो पूरा और न ही आंशिक रूप से मुझे प्राप्त होने वाली राशि का प्रतिपूर्ति/व्यापार करवा लेने की योजना बना रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (attach 202 W-2)

- 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/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 ढङ्ग का करने इच्छा या अंगों की जान समझकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर अपनी छवि और नाम सहित अपने "उद्देश्य" के लिए सहमत हूँ कि कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टीयर्स "मेरे" उद्देश्य के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस ढङ्ग से प्रकाशित करेंगे, जो कि किसी भी माध्यम, जिसमें मुख्तियार रूप से वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि शामिल हैं, द्वारा किया जा सकता है। यह जानकारी कोशिका फाउंडेशन को दान प्राप्त करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए उपयोग की जा सकती है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टीयर्स ने निर्णय ले लिया है कि मैं कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त कर सकूँगा। इस मामले में कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टीयर्स का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

सत्यमेव जयते



AGREEMENT by HOSPITAL: (WVSB 00 400)

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:

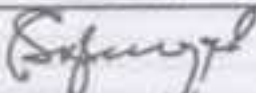
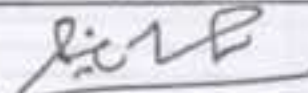
- 1) That we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकतर भारतीयों को और से भारतीयों को "भारतवादी" से मिलान करवाया है। यह धारणा ग़लत है, जिसे हम (इसका मतलब) सिर्फ़ उन्हीं से मान्य न करनी चाहते हैं।

- 1) यह कि न तो सीएम और न ही एनिका ने जितन साक्ष्य बिना ही साबुती संभव था बिना अन्य सबूत से उसा डेटेक्शनले में लेने था तो उसे ही, जैसे कि इनने "बीडिआ फायरिंग" से बिजली/एनिका उसा से संभव में "बीडिआ फायरिंग" हुए फायर हेतु कि है। यदि "बीडिआ फायरिंग" हुए साक्ष्य बिना सीडिआ/एनिका हेतु समुदायी बिना जात है तो अस्पष्टता बिना अन्य ही साबुती संभव था बिना अन्य साक्ष्य से उदाहरण लेने का सीधिका सुनिश्चित रहता है। इस सुनिश्चित में अन्य बात जात है कि अस्पष्टता जितन फायर उसा डेटेक्शनले हेतु बिना ही साबुती संभव था बिना अन्य साक्ष्य से नहीं संभवलेगी।
2. "बीडिआ फायरिंग" से लेने ही साक्ष्य संभव जितन सुनिश्चित की है। ऐसी या इतरात हुए ही नहीं जाया था जिनने लेने उदाहरण/प्रमाण का सुपान लेने एवं इतरात से सीध का बिना है और "बीडिआ फायरिंग" हुए बिना इतरात का सीध संभव नहीं है। इसीलिए इतरात में ऐसी से उदाहरण सुनाया और अन्य ज्ञान को सारी बिजली/एनिका ऐसी एवं इतरात को छोड़ें और "बीडिआ" को सीध सुनिश्चित था बिजली/एनिका इस मामले में नहीं छोड़े।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

कम्प्यूटरी के लिए संयोजित

|                                                                                     |                                                                                                                      |                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>14/12/18                                                         | Dr. K. Ghosh<br>MD, DAB, FRCS<br>No-60971<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व इलाका नं. डी. ६ | Shih Sankar Bagchi<br>Director<br>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)<br>डॉन व डॉ. इलाका अधिकृत अधिकारी |
| FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      भारतीय उपपत्र है                        |                                                                                                                      |                                                                                                                                               |
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>भारतीय इलाका 1                                            |                                                                                                                      | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>भारतीय इलाका 2                                                                                                      |
|  |                                                                                                                      |                                                           |