

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

4/12/2053

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

17/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BISHNUPARYA MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

47

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

GOPAL MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

CHITARI MONDAL PARA, DANKUWA, BISHNUPUR
SOUTH 24 PARGANAS, 743503, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS. 1500 x 12 = 18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. पैन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को यहाँ से उचित पक्ष को चिह्नित करें):

Yes/No

हाँ / 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 संबंध
1.	BISHNUPRIYA MONDAL	47	F	SELF
2.	GOPAL MONDAL	54	M	HUSBAND
3.	MADHUKANT MONDAL	25	M	SON
4.	SUNANDA MONDAL	21	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एनडी रेटा के नीचे प्रदान करें (प्रदान पर को क्लिक करें प्रमाण करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रदान पर को क्लिक करें प्रमाण करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रदान पर को क्लिक करें प्रमाण करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रेस्क्रिप्शन से जोड़ी को गैर उद्देश्य हेतु प्रमाण
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIC 87101)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कोई गैर सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: જાહેર કરું છું કે મારું નામ _____ છે.

- 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 Kashiya 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 श्रेष्ठ कहता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार प्रस्तुत किये गये हैं। यदि कोई विवरण सही नहीं माना जाय तो वह सही जानकारी के बिना प्रस्तुत किया जा चुका है।
- 2) मैं इससे आश्वस्त हूँ कि "कौशिक फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करने के लिए ही प्रयोग किया जायेगा।
- 3) मैं यहाँ कहता हूँ कि मैं इस मदद के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार की मदद नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में भी नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (unless you wish)

- 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 बात पर मैंने इजाजत या मंजूरी की बात समझकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस बात में संलग्न है, उसे "कोशिका" द्वारा ग्राहकों, दान, समर्थन देने सहित या कुछ सीमितियों और दायित्वों के तहत किसी भी उद्देश्य के अंतर्गत करने में सक्षम अधिकृत है। मैं इस बात विवरण में इस बात के पता पर यह बात के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से ग्राहकी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि इसका उपयोग करने के अंतर्गत में अधिकृत है मुझे क्या। इसका मतलब यह होगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके ग्राहकों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

Andrew W. Gorman is assistant vice president



AGREEMENT by HOSPITAL (EXPIRES 07/01/2001)

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.

हवाई अधिकार, हवाईपट्टी को और से समन्वयित को "अतिरिक्त परामर्श" से मिलित सामान हो। विमान को जारी है, बिना कप (इन्फ्लेटर) फिर उड़ान से सामान से सामान नहीं है।

- 1) यह कि न तो साक्षर और न ही अक्षरों में प्रिण्ट साक्षरता किसी भी साक्षरी संस्करण या किसी अन्य स्तर से उच्च स्तर/स्तरों में लेने या ले जाते हैं, यही कि इनमें "अक्षर साक्षरता" से विशिष्ट/विशेषीकृत उच्च से उच्चतर में "अक्षर साक्षरता" प्राप्त करने के लिए। यदि "अक्षर साक्षरता" प्राप्त साक्षरता किसी अक्षर/साक्षरता से अधिक नहीं प्राप्त करता है तो अक्षर साक्षरता किसी अन्य भी साक्षरी संस्करण या किसी अन्य साक्षरता से उच्चतर लेने या अधिकतर प्रकृत प्राप्त है। इस मुद्दे में उल्लेख प्राप्त नहीं कि अक्षर/विशेषीकृत प्राप्त करने उच्च स्तर/स्तरों से किसी भी साक्षरी संस्करण या किसी अन्य साक्षरता से नहीं संश्लेषणी।

2. "बौद्धिक सम्पदा" से तो यह सामान्य संभव निर्दिष्ट झड़ती थी है। ऐसी या सम्पदा इस से यह ज्ञात या निर्दिष्ट नहीं होगा कि यह सम्पदा का गुण है कि सम्पदा से संभव या निर्दिष्ट है और "बौद्धिक सम्पदा" इस निर्दिष्ट सम्पदा का कोई गुण नहीं है। इसीलिए सम्पदा में ऐसी या सम्पदा गुण और ज्ञान ज्ञान को ज्ञान निर्दिष्ट ऐसी या सम्पदा को ज्ञान और "बौद्धिक" को निर्दिष्ट गुण या निर्दिष्ट गुण सम्पदा में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अग्नीहोत्रात्ते विद्वान् संस्तुति

Date of Surgery अस्त्राण की तारीख 12/12/18	Reg. No. 113/185(Eye) F.F.54EC (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तेमाल व छिद्र	Shashib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तेमाल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राप्ति प्रमाण 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राप्ति प्रमाण 2
	