

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.:
अवेदन संख्या :

K17218/2146

APPLICATION DATE:
अवेदन तिथि

21/01/18

NAME of APPLICANT:
अवेदन करने वाले का नाम

BIDHYARANI MONDAL

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

68

SEX लिंग

F

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

ADYUT MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

PART NO - 13 SINDHANI, NORTH 24 PARAGANAS,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION:
व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. (आपका पास है)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (जो सत्य हो उस पर चक्रांकित करें)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 अवेदन करने वाले के साथ संबंध
1	BIDHYARANI MONDAL	68	F	SELF
2	ASHIM MONDAL	85	M	HUSBAND
3	ASHIM MONDAL	62	M	SON
4	MAHAN MONDAL	36	M	SON
5	AJANTA MONDAL	35	F	DAUGHTER IN-LAW
6	SUSHAMA MONDAL	30	F	DAUGHTER IN-LAW

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) प्रतिभागी कार्ड का प्रमाण पत्र (आपका पत्र के साथ इसे संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (आपका पत्र के साथ इसे संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) अनुदान कार्ड (आपका पत्र के साथ इसे संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी प्रमाण पत्र
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह सहायता होगी

DECLARATION by APPLICANT: none yet none yet

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन साबित पाया जाता है तो वेरी प्रमाण पत्र को नकली माना जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता है, प्रदान करने पर मैंने उचित को ध्यान में रखते हुए दिये विवरण, जो इस प्रमाण पत्र में पाया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भविष्य में न तो किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो दायित्व है और न ही भविष्य में दायित्व।

AGREEMENT by APPLICANT (sign the word)

- 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/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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा छापकर, मैं (अर्शितक) यहाँ से सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोट और विवरण इस उद्देश्य के लिए "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशन करने वाले माध्यमों में प्रकाशित करेंगे और/या जानकारी के लिए किसी भी माध्यम पर उपयोग कर सकते हैं। यह उद्देश्य का विवरण मैं इससे पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ट्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शितक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोट और विवरण को बिना आपकी अनुमति के प्रकाशित नहीं करते हैं। अंततः हमें इस मामले में "कोशिका" द्वारा निर्धारित किया जाएगा कि क्या मदद दी जाएगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

... and ...



AGREEMENT by HOSPITAL (WORTH 100 WATT)

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.

इहाँ अतिथि, इलाहाबादी की ओर से सम्मेलनमें भाँ "अहिंसा आन्दोलन" में निहित सामान्य है। विचारों की जगह हैं, जिसे हम (आपका) दिन प्रकाश हो पाय व अविनाशकारी है।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही पुलिस में विधि सभाया किसी नैर सारकारी संस्था या किसी अन्य स्तरों से उच्च ऐंटीथाली में ली या तो ली है, बैसे कि इन्ने "बॉलिया सारनोरा" से सिपलीसिपिरी उभा से संस्था में "बॉलिया सारनोरा" इत पर लु कि है। और "बॉलिया सारनोरा" इत सभाया किसी सतिपारसल लु सलु ली विप सत है तो सभाया किसी अन्य नैर सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सभाया लेने का बॉलिया सुपित सत है। इत सुपि में सत सत सत है कि सभाया इतिर पर उभा ऐंटीथाली लु किसी नैर सारकारी संस्था या किसी अन्य सभा से ली संस्थापली।
2. "बॉलिया सारनोरा" से ली ली सभाया संस्था विधि सलु ली है। ऐंटी थ सलुया इत ली ली सलु या किने लने सलुयासलिय का सुल ऐंटी थ सलुया से ली का विप है और "बॉलिया सारनोरा" इत किसी उभा का ली सलु ली है। सलुने सलुया में ऐंटी थ सलुया सुल और सने सने ली ली सिपेरी ऐंटी थ सलुया ली ऐंटी थ "बॉलिया" ली ली पुलिस या सिपेरी इत सलु में ली ली।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

કચ્છી અને ગુજરાતી સંસ્કૃતિ

Date of Surgery 21/12/18	Dr. K. Ghosh MBS, DO, DNB, FRCS Reg. No.-50971 (Name of Dr. & Reg. No. of Hospital Centre) डॉ. के. क. गुप्ता या डॉ. क. क. गुप्ता या डॉ. क. क. गुप्ता	Shub Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. के. क. गुप्ता या डॉ. क. क. गुप्ता या डॉ. क. क. गुप्ता
-----------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE of KDSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग के लिए

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