

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु अमरेन्द्र प्राकृति

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य सेवण)



APPLICATION NO.: K/12/18/2155

APPLICATION DATE: 01/12/18

NAME of APPLICANT:  
नाम का लिख

MUKUL RANI MISTRY

AGE-YEARS वय-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER'S/HUSBAND'S NAME:  
पिता/जीवन का नाम

KALI CHARAN PISTORE  
KALI CHARAN PISTORE  
NRIKA IN PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA, USA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासिता संबोधीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION:  
प्रकार

HOUSE WIFE.

MARRIED (मिश्र) / UNMARRIED (अमिश्र)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. एपीएन नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable)  
कृपा आप आप का यहाँ से (वह यद्यपि हो तो यहाँ पर भी का निश्चय करें)

Yes / नहीं  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवह विवर

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवह के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant परिवह के साथ सम्बन्ध
1.	MUKUL RANI MISTRY	63	F	SELF
2.	DHIREND MISTRY	78	M	HUSBAND
3.	BINAY MISTRY	40	M	SON
4.	SIDDHANT MISTRY	15	M	SON
5.	TITAN MISTRY	22	M	SON
6.	JAYANTI MISTRY	36	F	DAUGHTER-IN-LAW

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
प्राप्ति के लिए निम्न विकार

SPL Card  
(Attach Card Copy)  
संघीय टेक्स के लिए प्राप्ति पता  
(प्राप्ति पता की साथ लिहा लेना हो)

EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)  
उच्च वय की प्राप्ति पता  
(प्राप्ति पता की साथ लिहा लेना हो)

Ration Card  
(Attach Copy)  
राशन पता  
(प्राप्ति पता की साथ लिहा लेना हो)

Any Other  
Basis/Proof  
अन्य की प्राप्ति

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
प्राप्ति हेतु लिये गए लिंग का उद्देश:

Sr. No.  
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached  
अनुसन्धान/प्राप्ति से लाई गई या यह प्रतिवेदन मूली मंत्रालय

1. DIAGNOSIS - CATARACT - LE

2. SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
एसी उद्देश के लिए और अन्य स्रोतों से लाई गई यह किसी प्राप्ति की?

Sr. No.  
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE  
अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED  
लाई गई साहाय्य की मात्रा

**DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेंट द्वारा कहा जाता है:**

- 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 निश्चय करता हूँ कि यह यहाँ मेरे पास सभी जिम्मेदारी के अनुरूप एवं सच्ची है। यदि, किसी दूसरी सभी समर्थन से यह समान या अधिक या उसके बराबर हो जाए तो मैं इसे नहीं दिखाना चाहता हूँ।
- 2) मैं यह नहीं कहता हूँ कि "कोशिका प्राप्तिकारी", जो यहीं आगे दिया गया है, यहाँ स्वतंत्र एवं अपने अधिकारों के अनुरूप एवं समान एवं सच्ची है।
- 3) मैं यह निश्चय करता हूँ कि मैंने यह समान एवं सच्ची है, यह समान एवं सच्ची है। यह समान एवं सच्ची है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेंट द्वारा कहा जाता है)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/photograph/replicate/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 its 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 agrees 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) मैं यह यहाँ अपनी जानकारी के अनुरूप एवं समान एवं सच्ची है कि "कोशिका प्राप्तिकारी" जो अधिकारों के अनुरूप एवं समान एवं सच्ची है, यह "कोशिका" एवं नामी, एवं, यहाँ स्वतंत्र एवं अपनी स्वतंत्रताएँ जो यहाँ दिया गया है, यहाँ समान एवं सच्ची है।
- 2) मैं (Applicant) यह यहाँ अपनी जानकारी के अनुरूप एवं समान एवं सच्ची है कि किसी दूसरी सभी समर्थन से यहाँ समान एवं सच्ची है।
- 3) मैं (Applicant) यह यहाँ अपनी जानकारी के अनुरूप एवं समान एवं सच्ची है कि किसी दूसरी सभी समर्थन से यहाँ समान एवं सच्ची है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अप्लिकेंट द्वारा दिया गया है।



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कहा जाता है)**

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:

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- 3) अधिकार, समर्थन की अवधि एवं उपलब्धी की "कोशिका प्राप्तिकारी" के अनुरूप एवं समान एवं सच्ची है, जिसे हम (हॉस्पिटल) हमारा द्वारा दिया गया एवं समर्थन की है।
- 4) यह दिया गया अधिकार और यहीं समर्थन की अवधि समर्थन के अनुरूप एवं समान एवं सच्ची है। यहाँ दिया गया "कोशिका प्राप्तिकारी" के अनुरूप समर्थन की अवधि एवं "कोशिका प्राप्तिकारी" के अनुरूप समर्थन की अवधि एवं समान एवं सच्ची है। यहाँ दिया गया "कोशिका प्राप्तिकारी" के अनुरूप समर्थन की अवधि एवं समान एवं सच्ची है।
- 5) "कोशिका प्राप्तिकारी" के अनुरूप समर्थन की अवधि एवं समान एवं सच्ची है। यहाँ दिया गया "कोशिका प्राप्तिकारी" के अनुरूप समर्थन की अवधि एवं समान एवं सच्ची है।
- 6) "कोशिका प्राप्तिकारी" के अनुरूप समर्थन की अवधि एवं समान एवं सच्ची है। यहाँ दिया गया "कोशिका प्राप्तिकारी" के अनुरूप समर्थन की अवधि एवं समान एवं सच्ची है।
- 7) "कोशिका प्राप्तिकारी" के अनुरूप समर्थन की अवधि एवं समान एवं सच्ची है। यहाँ दिया गया "कोशिका प्राप्तिकारी" के अनुरूप समर्थन की अवधि एवं समान एवं सच्ची है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
समीक्षकों द्वारा संकेतित**

Date of Surgery  
अंडोनी की तिथि

21/12/18

Dr. K. Ghosh  
M.S., D.O.B., F.R.C.S.  
Reg. No. - 50971  
(Name & Reg. No. with Speciality Centre)  
24/24, 4th Floor, Sector 1, Noida - 201301

Shib Sankar Bagchi  
Director  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
काम का नाम, अधिकारी का नाम एवं उपर्युक्त अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

मान्यताकारी है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी उपरी 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी उपरी 2