

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : K/0119/2208

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 02.01.2019

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

RAMKRISHNA MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

METHAR MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

400 DUTTABHAD ROAD SALT LAKE SECTOR-1
BIDHAR NAGAR CC BLOCK NORTH 24 PARADIPAS
700064 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

SECURITY GUARD

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS. 1600 X 12 = 19,200/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. आय का संचय संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	RAMKRISHNA MONDAL	58	M	SELF
2.	KARABAI MONDAL	45	F	WIFE
3.	MILAN MONDAL	21	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - R.E
2.	SURGERY - R.E (SECS + LOG)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदन दाता घोषणा कर:**

- 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 बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही आ रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्यक्ष भी नहीं है, उस हाथ का आर्थिक या समकत विवरण किसी अन्य रीटर्न/फॉर्म/कॉम्पनी से या जो लिया है और वही सही एवं सत्य है।

AGREEMENT by APPLICANT (above pp 400)

- 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/print-up/produce 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 प्रश्न या अपने हस्ताक्षर या मोहर की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृव" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त है, इसे "कोशिका" एवम् भ्रातृ, राज, चारकाच द्वारा उद्घरण से मुझे लक्षितकर्तृ और प्रसारितकर्तृ को लिखे बिना भी प्रसारण से प्रसारित करने को लिख अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे इरादों के पक्षों या पक्षों से करने को लिख "कोशिका फाउंडेशन" व भ्रातृ अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और निवारण जो कि सहायता को उद्घरण से प्रार्थित है मुझे सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके भ्रातृवों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षणी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: _____

ਅੰਤਰਿਕ ਕਾਨਫਰੰਸ ਵਿਖੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਮੁਲਕਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਨਾਲ



AGREEMENT by HOSPITAL (WATSON 202 400)

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 इस्लामीतों को जेरा से साफ़सुथरेपै को "बोशिशवा पाउन्डेशन" से दिलीन प्रभावता हेतु निषेधित की जाती है, जिसे इन (इस्लामीत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही परिवेश में कितना सहायता किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य उद्योग से उच्च लेवल/पथों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "बॉलिका फाउन्डेशन" से सिविलीज/विधि उच्च से सम्बन्ध में "बॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "बॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिक/समस्त हेतु मजबूती किम्वया तब तो अत्यन्त किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थाएँ से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्त उचित गहरा उच्च लेवल/पथों हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेती।
2. "बॉलिका फाउन्डेशन" से तो सर्व सहायता केवल विधि इच्छा की है। लेने या इच्छातः द्वारा ही सर्व सहायता या किसे एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं इच्छातः के बीच का विषय है और "बॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नहीं है। इसलिये इच्छातः में लेने के इच्छातः सुरक्षा और अन्य जाने की सारी विनियमों लेने एवं इच्छातः की होले और "बॉलिका" की कोई सुरक्षा या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सम्वत् १९७१ चो तिह्ण संवत्सुति

Date of Surgery अर्पण की तारीख 02.01.2019	 Sanker Nag MS. (OPHTH) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व अति. सं.	 Sanker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसकात अतिपूत अतिपरी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION भारतीय उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इसकात 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इसकात 2	
		