

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रोगभास)	 Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K/0119/2222	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:		02-01-2019
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	UDAY KRISHNA MONDAL	AGE-YEARS वय-वर्ष:		60
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पितृ/स्त्री का नाम:	MARYMAT HU MONDAL	SEX लिंग:		M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय स्थान		52, SARADA PADA KACHHU KHATE GOSHIBHAR SOUTH 24 PARBHUBYAS - WEST BENGAL.		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासीय स्थान		AS ABOVE		
OCCUPATION: प्रवासीकारी:	FARMER			MARRIED (प्रेरित) / UNMARRIED (अप्रेरित)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक व्याप:	RS. 1500 x 12 = 18,000/-			(Attach Proof of Income) (व्याप का स्वाक्षर संतान)
PAN No.: व्याप का संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या व्याप जात कर रहा है (जो स्वयं ही उपलब्ध का विवरण दर्शाते)				
<input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. संख्या संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	UDAY KRISHNA MONDAL	60	M	SELF
2.	SARAMA MONDAL	40	F	WIFE
3.	PRONAY MONDAL	24	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरित व्याप:				
BPL Card (Attach Card Copy) परीक्षा रिपोर्ट के लिये प्रधान व्याप (प्रधान व्याप की जाति संतान की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) व्याप का वार्ता प्रधान व्याप (प्रधान व्याप की जाति संतान की)	Ration Card (Attach Copy) उपलब्धता वार्ता (प्रधान व्याप की जाति संतान की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता देतु लिये गये विवरी का वर्णन: Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से लाई की गई डिप्रेशन सूची संतान				
Sr. No. संख्या संख्या	1. DIAGNOSIS - CATARACT - L.E. 2. SURGERY - L.E. - (SEC(S+FOL))			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य संतान से लिया गया हो?				
Sr. No. संख्या संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य संस्कृत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ही गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेंट द्वारा घोषणा:

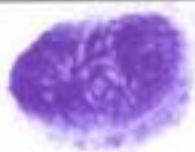
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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.
- 4) मैं प्रकाश करता हूँ कि इस आवाद में दिये गये जीवन की विवरण यही जीवनी के अनुरूप एवं सच हैं। यहाँ कहा गया तर्फ काम आवाद का है तो मैं उसे आवाद नियम की वज़ाफ़ा करता हूँ।
- 5) मैं इस बोलता हूँ कि "कोशिका चाहौदार", मैं वही वह हूँ, जोकि आवाद की ओर से दिया गया है, जो इस आवाद की वज़ाफ़ा के अनुरूप एवं सच है। इस आवाद में यह भी दिया गया है कि मैं इस आवाद की वज़ाफ़ा करता हूँ।
- 6) मैं पुराने काम के लिये आवाद के लिये वही वज़ाफ़ा करता हूँ, जो वही वज़ाफ़ा था जो आवाद नियम की वज़ाफ़ा के अनुरूप एवं सच है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेंट द्वारा करना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 is thus regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस आवाद में आवाद का अंतर्गत की जान लाभात्मक, मैं (अप्लिकेंट) अपनी विवरण की पुराने काम (जैसे "कोशिका चाहौदार" एवं जीवनी, आवाद, वज़ाफ़ा एवं इसके अनुरूप एवं सच) के अनुरूप एवं सच हैं। यहाँ कहा गया तर्फ काम आवाद की वज़ाफ़ा के अनुरूप एवं सच है। यहाँ कहा गया तर्फ काम आवाद की वज़ाफ़ा के अनुरूप एवं सच है। यहाँ कहा गया तर्फ काम आवाद की वज़ाफ़ा के अनुरूप एवं सच है।
- 4) मैं (अप्लिकेंट) इस आवाद में आवाद का अंतर्गत की जान लाभात्मक, मैं (अप्लिकेंट) अपनी विवरण की पुराने काम (जैसे "कोशिका चाहौदार" एवं जीवनी, आवाद, वज़ाफ़ा एवं इसके अनुरूप एवं सच) के अनुरूप एवं सच हैं। यहाँ कहा गया तर्फ काम आवाद की वज़ाफ़ा के अनुरूप एवं सच है। यहाँ कहा गया तर्फ काम आवाद की वज़ाफ़ा के अनुरूप एवं सच है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेंट द्वारा आवाद का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL. (इन्स्पेक्टर द्वारा करना)

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 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.

यहाँ कहा गया तर्फ काम आवाद की वज़ाफ़ा के अनुरूप एवं सच है। यहाँ कहा गया तर्फ काम आवाद की वज़ाफ़ा के अनुरूप एवं सच है।

1) यह यहाँ कहा गया तर्फ काम आवाद की वज़ाफ़ा के अनुरूप एवं सच है। यहाँ कहा गया तर्फ काम आवाद की वज़ाफ़ा के अनुरूप एवं सच है। यहाँ कहा गया तर्फ काम आवाद की वज़ाफ़ा के अनुरूप एवं सच है। यहाँ कहा गया तर्फ काम आवाद की वज़ाफ़ा के अनुरूप एवं सच है। यहाँ कहा गया तर्फ काम आवाद की वज़ाफ़ा के अनुरूप एवं सच है।

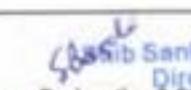
2) "कोशिका चाहौदार" में यह आवाद विवरण अनुरूप नहीं है। यहाँ कहा गया तर्फ काम आवाद की वज़ाफ़ा के अनुरूप एवं सच है। यहाँ कहा गया तर्फ काम आवाद की वज़ाफ़ा के अनुरूप एवं सच है। यहाँ कहा गया तर्फ काम आवाद की वज़ाफ़ा के अनुरूप एवं सच है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकारी के लिए संस्थापनी

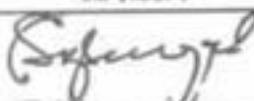
Date of Surgery
अधिकारी की विवरण
02-01-2010


Dr. Laxmi Shanker Nag
MBBS, MS, (OPHTH)
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
आवाद का नाम: डॉ. लक्ष्मी शंकर नाग रेसर्च सेंटर


Dr. Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
आवाद का नाम: डॉ. संकर बग्ची रेसर्च सेंटर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राजीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इस्तेमाल 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इस्तेमाल 2

