

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of life.

APPLICATION No. : K/0119/2239

APPLICATION DATE : 03-01-2019

NAME of APPLICANT : ABDUL BARI MONDAL

AGE-YEARS 61

SEX M

FATHER/SPOUSE'S NAME : SAKATULLA MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

ITLIDA PAKAR DANGA MOKA # 24 PAIRGATE
943292 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :

AS ABOVE

OCCUPATION : FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1600 X 12 = 19200/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. सहाई खाता संख्या

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

Yes / No

या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	ABDUL BARI MONDAL	61	M	SELF
2.	FAZILA MONDAL	42	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवगत/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT - RE
2.	SURGERY- RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: अर्जित १० संवत् १४

- 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 कतार दूँ कि इस प्रकरण में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण रूप से सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ रूप से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ली गया है और न ही भविष्य में ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (जॉइंट एप्लीकेशन)

- 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/republish 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 का ज़रूरी इलाज या कोई भी ज़रूरी सलाह, मैं (आवेदक) अपनी जानकी को भुलिवाऊँ हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बल्म, चर, सचकायता द्वारा उद्घरण से मुझे प्रतिनिधित्व और प्रसिद्धि के लिये किसी भी ज़रूरी माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रकाशक के उद्घरण से प्रसारित है मुझे स्वतः प्रकाशक का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बल्म उसके न्यासी का विवेक अंतिम और सचकायता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके बच्चे के स्वास्थ्य का अच्छा निगरान



AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH YOU MAY)

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:

- 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 जहाज, हवाईपट्टी की ओर से यात्राकर्ता/पैसी को "कोविड-19 यात्रासेवा" से विविध सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे इन (हवाईपट्टा) नियम प्रकार से यात्रा में प्रयोग करने की है।

- 1) यह कि न तो सर्विस और न ही सर्विस में विविध सहायता किसी भी साकारी संगठन या किसी अन्य संस्थान से उक्त टेंडर/प्रस्तावों में होने या हो रहे हैं, जैसा कि इनमें "कोलिका फायरिंग" लिखा/लिखी/लिखी उक्त के सम्बन्ध में "कोलिका फायरिंग" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोलिका फायरिंग" द्वारा सहायता विविध अधिकार/सहायता हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य भी साकारी संगठन या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वितीय गहर उक्त टेंडर/प्रस्तावों हेतु किसी भी साकारी संगठन या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोलिका फायरिंग" से ही यह सहायता केवल विविध उद्देश्य की है। लेनी या इनपुट्स द्वारा ही यह सहायता या बिन्दु गये उपसह/अतिरिक्त का प्रथम टेंडी एवं इनपुट्स के बीच का विषय है और "कोलिका फायरिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्ता नहीं है। इसीसे इनपुट्स में लेनी के इनपुट सुरक्षा और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी लेनी एवं इनपुट्स की होनी और "कोलिका" को कोई प्रतिष्ठा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती/केंद्र लिपि संस्थापित

Date of Surgery अंशुदान की तारीख 03-01-2019	Dr. Nishu Agrawal MBBS, MD, D(Ortho), D(ENT) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पद	Shishu Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका और पद
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग के लिए

आन्तरिक उपप्लेन में

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्यासे हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्यासे हस्ताक्षर 2
	