

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/0319/2280 APPLICATION DATE: 04.01.2019

NAME of APPLICANT: ALOKA MANDAL AGE-YEARS 54 SEX F

FATHER/SPOUSE'S NAME: SANTOSH MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: पालिका आवास पता

PURATAN BAZAR HATE DAUGAETER HALVA
TAPAMBAJAPUR II BASERHAT NORTH 24
PARAGANAS 743411 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION: LABOURER.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 10000/- 12000/- (Attach Proof of Income)

PAN No. 5445 5445 5445

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम हो उस पर सही का निशान लगाएँ)Yes / No
हाँ / 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.	ALOKA MANDAL	54	F	SELF
2.	KARAN MANDAL	27	M	SON
3.	RAJESH MANDAL	28	M	SON
4.	ASHIMA MANDAL	29	F	DAUGHTER

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DEAGTIVOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICSTALOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया 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: **ਅੰਮ੍ਰਿਤ ਸਿੰਘ ਚੌਧਰੀ**

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण अथवा आंशिक रूप में गलत साबित हो जा सकता है।
- 2) मैं इससे अधिक स्पष्टता के साथ "कौशल विकास प्रोजेक्ट", से ही यह सही है, इसका उपयोग बस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में उल्लेख है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस प्रश्न में उल्लेख की गई राशि, इस या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या इस विधि से और किसी भी अन्य विधि से नहीं प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (where applicable)

- 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/put-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 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.

- 1) इस प्रश्न पर अपने उत्तरावर या ओपे की सहायता के बिना उत्तर दें। (आनेक) ज्ञानी सत्य की पुष्टि करते हैं एवं "कोशिका पराईराल और उसके आसपास" को अधिष्ठित करते हैं कि वे पद पान, पान, कोटी और वे विभाग इस प्रश्न में संश्लिष्ट हैं, जहाँ "कोशिका" एक नमूना, दान, पानपान दान जहाँ से मुझे अधिष्ठित और उत्तरावरों के तिन किस्मों के उत्तर पानपान से उत्तरावर करने के लिए अधिष्ठित है। वे प्रश्न का विभाग की उत्तर के उत्तरों के पान के पान के पान के लिए "कोशिका पराईराल" व आसपास अधिष्ठित है।
- 2) वे (आनेक) इस पान से उत्तरावर कि वे पान, पान, कोटी और विभाग की कि उत्तरावर के उत्तरों से उत्तरावर है। उत्तरावर का उत्तरावर नहीं करता। इस उत्तरावर में "कोशिका" एक उत्तरावर अधिष्ठित का निर्माण अधिष्ठित और पानपान की उत्तरावर।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके पास भी बसने का आनंद है।

AGREEMENT by HOSPITAL (병원 입회 약)

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.

[illegible]

1. "कोशिका चार-देवार" से तात्पर्य है कि कोशिका की दीवारें चारों ओर से एक ही कोशिका से घेर ली जाती हैं, जो कि अपने "कोशिका चार-देवार" से लिपटी हुई होती है। इस प्रकार कोशिका की दीवारें चारों ओर से एक ही कोशिका से घेर ली जाती हैं, जो कि अपने "कोशिका चार-देवार" से लिपटी हुई होती है। इस प्रकार कोशिका की दीवारें चारों ओर से एक ही कोशिका से घेर ली जाती हैं, जो कि अपने "कोशिका चार-देवार" से लिपटी हुई होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संभवति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04-01-2019	Dr. Ashwink Mondal MDS, MS Reg. No. 71388 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इनामदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इनामदार 2
	