

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेतु आवधन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION NO.: अप्लिकेशन नंबर :	K/0310/2736	APPLICATION DATE : अप्लिकेशन तिथि : 23/01/17		
NAME OF APPLICANT : अप्लिकेशन का नाम :	SABITA MONDAL	AGE-YEARS वय-वर्ष : 60	SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पितृ/स्पouse का नाम :	BISHNUNATH MONDAL			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान स्थायी ठाना NO. 210, SUKHNA NAGAR, BIGHAN NAGAR PHD COMPLEX, NEAR 24 DHAR GRAM - 788092. NEST MENGALI				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी अवासीय ठाना				
- AS PERIOD -				
OCCUPATION : अवस्था :	HOME MAKER	MARRIED (प्रवृत्ति) / UNMARRIED (अप्रवृत्ति) <input checked="" type="checkbox"/>		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय :	NIL	(Attach Proof of Income) (आय का साक्षय संलग्न)		
PAN No. एपीएन नंबर :				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप जर्ये का योग है (जो मान्य हो उस पर जारी का नियम समाप्त हो) <input type="checkbox"/> Yes / No <input checked="" type="checkbox"/> नाही / नहीं				
FAMILY DETAILS सदृश विवरण				
Sr. No. अंक नंबर	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SABITA MONDAL	60	F	SELF
2.	SILA NAYAK	16	F	DAUGHTER
3.	BHARATI SARKAR	42	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित घटाव				
BPL Card (Attach Card/ Copy) एपीएल के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सभी जांचें की जाती हैं)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) इलाज व्यवहार का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सभी जांचें की जाती हैं)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की सभी जांचें की जाती हैं)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता ढेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:				
Sr. No. अंक नंबर	Medical Reports/Prescriptions Attached सहायता/दाखिला से जारी की गई डिलिवरेंस सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LE			
2.	SURGEON - LE (SECS & TECO)			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. अंक नंबर	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED इस उद्देश्य परीक्षा	

DECLARATION by APPLICANT: मेरी इस दस्तावेज़ पर:

- 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 पूरा कहता हूँ कि इस दस्तावेज़ पर लिखे गए विवरण मेरी समझती हैं अमुख रूप से यह है: मैं, यही विवरण एवं यहाँ आकार प्रदान करता हूँ कि मेरी समाज विकास की यह समीक्षा है।
 - 2) मैं इस दस्तावेज़ पर "कोशिका चाहनीयता", मेरी यह यही है, जबकि उसकी यही लौटाव की यही विवरण है, जो इस दस्तावेज़ पर यही यही है।
 - 3) मैं यही कहता हूँ कि इस दस्तावेज़ से यह अन्वेषण की यही है, जो यही यह अन्वेषण के लिए विवरण है जो इस दस्तावेज़ पर यही यही है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्पलिकेंट का अकड़ा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस दस्तावेज़ पर मेरी समाज की यही विवरण है कि "कोशिका चाहनीयता" यही विवरण है जो मैं पूरा करता हूँ कि मैं करता हूँ, यही विवरण है जो मैं विवरण एवं यही "कोशिका" एवं यही, यह, यहाँ लिखे गए उल्लेख यही यही विवरण है जो मैं विवरण एवं यहाँ लिखे गए उल्लेख है।
 - 2) मैं (अप्पलिकेंट) इस दस्तावेज़ पर यही विवरण है कि मैं यही विवरण एवं यही यहाँ लिखे गए उल्लेख यही यही विवरण है जो मैं यही विवरण एवं यही यहाँ लिखे गए उल्लेख है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

मेरी विवरण एवं यही यहाँ लिखे गए उल्लेख का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल का अकड़ा)

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.

इसी अधिकृत, इसकी यही विवरण एवं यही यहाँ लिखे गए उल्लेख का यही विवरण है, जो मैं इस (इसका) विवरण एवं यही यहाँ लिखे गए उल्लेख का यही विवरण है।

1) यह विवरण एवं यही यहाँ लिखे गए उल्लेख का यही विवरण एवं यही यहाँ लिखे गए उल्लेख की यही विवरण एवं यही यहाँ लिखे गए उल्लेख की यही विवरण है। यही विवरण एवं यही यहाँ लिखे गए उल्लेख की यही विवरण है।

2) "कोशिका चाहनीयता" यही यहाँ लिखे गए उल्लेख की यही विवरण है। यही विवरण एवं यही यहाँ लिखे गए उल्लेख की यही विवरण है। यही विवरण एवं यही यहाँ लिखे गए उल्लेख की यही विवरण है। यही विवरण एवं यही यहाँ लिखे गए उल्लेख की यही विवरण है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्थीरणी के लिए संस्कृती

Date of Surgery
अंतिम बीमारी की तारीख

23/04/19

Dr. Dhananjay Giri
MBBS, MS

Reg. No.-60578

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Centre
दास्तावेज़ का नाम जो हस्ताक्षर करता है

Sankar Bagchi
Director

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद इसका अधिकृत विवरण

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्भूत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2