

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता देते आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रोगभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION NO.: आवेदन संख्या : K11119/1974	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 5/11/2019	AGE-YEARS वय-वर्ष : 65	SEX लिंग : F	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : PUSPALATA MONDAL				
FATHER'S/HUSBAND'S NAME : पितृ/स्पouse का नाम : SAHADEB MONDAL				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान अवासीय पत्र SERHERDANGA, MURSHIDABAD 742163, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : अस्ति अवासीय पत्र — AS AGOVID —				
OCCUPATION : अवसराय COOK	MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (जीवित नहीं) (Attach Proof of Income) (आप का स्वास्थ्य संतान)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय R8 1700 X 12 = 20400/-				
PAN No. मार्ग संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): कृष्ण आप जन भर दाता है (जो जन हो इस पर जही का निवास संपत्ति)	Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS घरीबीय विवरण				
Sc. No. क्रम संख्या 1.	Name of Family Member घरीबीय के सदस्यों का नाम PUSPALATA MONDAL ABHISHEK MONDAL	Age (Years) वय (वर्ष) 65 20	Gender लिंग F M	Relation with Applicant आवेदक के स्वास्थ्य संतान SELF SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता में लिये गये विचार स्वास्थ्य				
EPL Card (Attach Card Copy) गणराज्य रोगी के नीचे उपलब्ध पर (उपलब्ध पर को जाय भी बदल सकते हैं)	EWIS Certificate (Attach Certificate Copy) उपलब्ध सर्वे प्राप्ति पर (उपलब्ध पर को जाय भी बदल सकते हैं)	Ration Card (Attach Copy) उपलब्ध कार्ड (उपलब्ध पर को जाय भी बदल सकते हैं)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता देते लिये गये विचार स्वास्थ्य				
Sc. No. क्रम संख्या 1.	Medical Reports/Prescriptions Attached आवासीय से आयी यों गई ड्रिलोंसे 'सूची' संहारण DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता लिया गया है?				
Sc. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य सहायता का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED रोपी गई सहायता की मात्रा		

DECLARATION by APPLICANT: મારેએક ઘરનું ખોલ્યા હતું

- 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.
 - 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.
 - 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 योग्य बता रहा हूँ कि इस अप्लान में सभी विवरण मेरी जानकारी के समुदाय सत्त्व द्वारा हैं। यदि कोई विवरण ऐसा काम करना चाहा जाता है तो मेरी प्राप्ति निवार की जा सकती है।

2) मेरी इच्छा जीवन का "स्थिरता प्राप्तिकरण", मेरी जीवन की, उत्तम उपयोग की उत्तमता की दृष्टि से है। इस अप्लान में प्राप्ति जाता है।

3) मेरी इच्छा यह है कि यह अप्लान को एक विशेष रूप से व्यवस्थित किया जाए। यह अप्लान को एक विशेष रूप से व्यवस्थित किया जाए।

AGREEMENT by APPLICANT (and/or his wife)

- 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/pul-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 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 प्रत पर मरी हास्पता पर लौटे जी का सम्मत है कि यह "कोशिका प्रतारोग और उपचार नीतीय" को अधिकृत करते हैं विषय का, जो भी और यह विवरण इस प्रत पर दी गयी है, यह "कोशिका" सम् नाम, एवं, चक्रवर्ती शुद्ध उत्तरेण जो यही विविधिविविध गोपनीयत्वों के लिये किसी भी प्रकार व्यापक से प्रभावित करने के लिये अधिकृत है। यह प्रत पर विवरण यही सत्त्व के घासों पर बाहर से लिये "कोशिका प्रतारोग" य नामी अधिकृत है।

2) मैं (अप्पलेट) इस प्रत सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, जीवन और विवरण यही कि सहमत के उत्तरावयों से प्राप्त हैं युहे सबके सहमता का इकाया जी का। इस संबंध में "कोशिका" सम् उपचार नीतीयों का विशेष अधिकृत और व्यापकता से होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ਅਨੋਹਾ ਦੇ ਸ਼ਬਦ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਭਾਗ

ପ୍ରକାଶକ ପତ୍ର

AGREEMENT by HOSPITAL (SECTION 2B TEST)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & record 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.

इसके अधीनम्, इसलिए भी जरूर ये स्थानोंपरे को "कोशिका प्राप्तवेत्ता" से विलिंग सहायता हेतु विरक्ति की जाती है, जैसे इन (एस्प्रेस) फ़िल्म प्रकाश से जब प उचितर कहते हैं:

 - 1) यह कि प तो संभव और प ही गौणत्व में विलिंग सहायता दिली जैसे साक्षर संसद या वित्ती अव लेख से जब उपर्याप्तों ये संभव कर सकते हैं, जैसे कि इनके "कोशिका प्राप्तवेत्ता" से विरक्ति दिली जैसे उपर्याप्त के समय में "कोशिका प्राप्तवेत्ता" द्वारा प्राप्तवेत्ता दिली जैसे विविक्तकालकाल हेतु प्राप्त यही विवाह जाता है तो असहायता वित्ती अव और साक्षर संसद या वित्ती अव सहायता से सहायता होने का अधिकार हृतीय रहता है। इस चूटी में स्वतंत्र कहा जाता है कि असहायता हृतीय पर उपर्याप्त उपर्याप्तों से हेतु वित्ती और प्राप्तवेत्ता संसद या वित्ती अव सहायता से यही संभव होती है।
 2. "कोशिका प्राप्तवेत्ता" से ही नहीं सहायता देनेवाला विविध अनुदीती की है और प इसका द्वारा या विवेय गई उपर्याप्तविकाय का पुनरावृत्त होते हरे सम्बन्ध
 वे भी यह विवर हैं कि "कोशिका प्राप्तवेत्ता" द्वारा विविध इकाय का कोई एकाय नहीं है। इसलिए असहायता में उपर्याप्त से इसका मुख्य और अमर्याप्त यही विवेय गई सहायता विवेय गई होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि	Dr. Ashwarya Desai MD MS, MR Reg. No. - 09372	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) সন্কুর বাগচি মেডিসিন এন্ড হাসপাইতল অধিবক্তৃ প্রতিষ্ঠান
5/11/2019		

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION सामरीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
स्ट्रेसी इन्विटर 2

Sergey

Eric B