

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1119/2034 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 8/11/2019 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: ILLA MONDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 50	SEX लिंग F
FATHER/SPOUSE'S NAME: KALI KRISHNA GAYEN पिता/पति का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BARADRON, SOUTH 24 PARGANAS 743332, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: HOUSEWIFE		MARIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1900 X 12 = 22800/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)	
PAN No. स्पष्ट नहीं			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		Yes / NO 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
1.	ILLA MONDAL	50	F
2.	GAUR MONDAL	54	M
3.	SONNATH MONDAL	22	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
SELF			
HUSBAND			
SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) रसमोना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे कबे विधि का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पुष्टि संलग्न		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE		
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)		
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 एवं प्राप्त सहायता राशि	



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की:

- 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 कक्षा हूँ कि इस प्रश्न में दिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन सत्य साबित हो तो मेरी सहायता निरास भी हो सकती है।
- 2) मैं दृढ़ रूप से सहायता प्राप्त "कॉशिका फाउन्डेशन", से राशि का रही हूँ, उसका उपयोग कक्षा के लिए ही पूर्ण रूप से किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पाया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कक्षा हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रश्न भी नहीं है, उस राशि का कोई भी सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (unless you want)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-upon 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.
- 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 अर्थ है कि मैंने इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाई है और मैं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, जो "कोशिका" द्वारा मांगे गए, दान, सहायता या अन्य स्वीकृति से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्पन्न हो जा सकें। यह प्रश्न का अर्थ है कि मैंने इस फॉर्म पर अपने नाम, पता, फोटो और अन्य विवरणों के उपयोग का मतलब है कि "कोशिका फाउंडेशन" या उसके ट्रस्टियों को
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि मेरे नाम के संबंध में प्रेषित हैं उन्हें स्वतः ही सहायता का इंतजार नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेक के इच्छा या अंगुलि का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL. (हस्पताल द्वारा करार)

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.

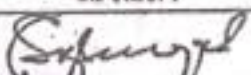
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume 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.

1) यह कि न तो 'कॉमन्स' और न ही 'मैजिस्ट्री' में विहित साक्ष्य किसी भी प्रकार से संभव या किसी अन्य प्रकार से उपाय लेनी/चालनी में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉन्सिडर फ़ॉरवर्डेशन" से डिपेंडेंसीविथि वक्त के समय में "कॉन्सिडर फ़ॉरवर्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कॉन्सिडर फ़ॉरवर्डेशन" द्वारा साक्ष्य विधि अतिरिक्त/अवगत हेतु प्रारंभ नहीं किया जाय है तो आवश्यक कि किसी अन्य भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से साक्ष्य लेंगे या अधिकतर सुनिश्चित रखें। इस बुद्धि में स्पष्ट कहा जाय है कि आवश्यकता द्वितीय प्रारंभ उपाय लेनी/चालनी हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेनी/चालनी।

2. "कॉन्सिडर फ़ॉरवर्डेशन" से ही यह साक्ष्य कोसल विधि प्रवृत्ति को है। ऐसी पर इनकार द्वारा ही यह साक्ष्य या किने गये उपाय/अतिरिक्त या प्रारंभ ऐसी एवं इनकार को बीच का विषय है और "कॉन्सिडर फ़ॉरवर्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई उपाय नहीं है। इसीलिए इनकार में ऐसी के द्वारा प्रारंभ और आने जाने की सारी विनियमों ऐसी एवं इनकार की ऐसी और "कॉन्सिडर" को कोई प्रारंभ या विनियमों इस प्रकार में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत के लिए संसदीय

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 8/11/2019	Dr. Hari Shanker Nag MBBCh (OPHTH) ROLL No. 65656 (Name of the Surgeon with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व छंद व	Director Koshika Foundation Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. व/वा डॉ. इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2 