

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: <u>2/1119/2056</u>		APPLICATION DATE: <u>11/11/2019</u>		
NAME of APPLICANT: <u>CHANDRAKANTA MONDAL</u>		AGE-YEARS <u>60</u>	SEX <u>M</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>SANDEEP MONDAL</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>HIRANMAYPUR, BASANTI, SOUTH 24 PARGANAS</u> <u>743820, WEST BENGAL.</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE.</u>				
OCCUPATION: <u>UNEMPLOYED.</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>RS 2300 X 12 = 27,600/-</u>		(Attach Proof of Income) (आप का दस्तावेज संलग्न करें)		
PAN No. <u>साई खंड संलग्न</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 अवेक के साथ सम्बन्ध
1	CHANDRAKANTA MONDAL	60	M	SELF
2	SWAPAN MONDAL	31	M	SON
3	HIMANI MONDAL	58	F	WIFE
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की प्रतिलिपि संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (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 सी गई सहायता राशि		

Koshika
foundation
Building block of life.



DECLARATION by APPLICANT: **अवेपक हारु चोवरा पः**

- 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) वे पेशवा कहा है कि इस प्रारूप में मिले गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। गरी बोर्ड विवरण एवं कथन अलग पाना जाता है जो मेरी जानकारी से अलग है।
- 2) गरी बोर्ड का प्रारूप 'मौलिक प्रारूप' है, जो सही एवं सही है, इसका उपयोग सभी उद्योगों की पूर्ति में मिले बिना अयोग्य, जो इस प्रारूप में पाया गया है।
- 3) वे पुनः कहा है कि यह प्रारूप सही एवं सही है, इस प्रारूप का उपयोग सभी उद्योगों में मिले बिना अयोग्य, जो इस प्रारूप में पाया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and date)

- 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.

- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is required/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 पर अपने इलाक़ा या अंग्रेज़ों की साथ सहकार, मैं (अमेरिका) अपने ज़ायतों की मुक्ति करता हूँ एवं "कॉन्सिडर" फ़ार्मेशन और उसके म्यासीयों" को अविश्व कथा है कि मेरा ज़ाय, पत्न, छोटी और वो विचारण इस प्रश्न में कॉन्सिडर है, उसे "कॉन्सिडर" एक्स् ज़ायों, ज़ाय, सार्वजन्य या हूयें उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों को हिले किसी भी प्रकार सम्भव हो प्रभावित करने को हिल अविश्व है। मेरे प्रश्न का विचारण मेरे इलाक़ा के ज़ायों या ज़ाय ने करने को हिल "कॉन्सिडर फ़ार्मेशन" व म्यासी अविश्व है।
- 2) मैं (अमेरिका) इस बात से साजह हूँ कि मेरा ज़ाय, पत्न, छोटी और विचारण को कि साजह के उद्देश्यों से प्रभावित है मुझे सजह: सहायता का इकाएर नही बनका इस सम्बंध में "कॉन्सिडर" एक्स् उसके ज़ायों का निर्णय अविश्व और सार्वजन्य होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपरेटर को इसका पता यह अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (बिपदक इपु वरु)

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:

- 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.

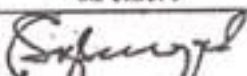
इससे अधिक, इसकाही को अंदर से चमकाने/देने को "अंतरिमा आकाशदान" से विभिन्न सामान्य हेतु विनियमित की जाती है, जिसे हम (हमसादा) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही अधिक्य में विभिन्न सामान्य किसी भी राजकीय संस्थापन या किसी अन्य संस्था से उच्च प्रोटीक्शनमें लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोलिका फायनंटेरा" से निपटने/निर्णयित उच्च को सम्मन में "कोलिका फायनंटेरा" का प्रारण हेतु कि है। यह "कोलिका फायनंटेरा" का सामान्य निर्णय अतिरिक्त/अवकाश हेतु समुद्र नहीं किया जाना है। तो अस्पताल किसी अन्य भी राजकीय संस्था या किसी अन्य सामान्य से सामान्य लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पर उच्च प्रोटीक्शनमें हेतु किसी भी राजकीय संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं संस्थापित।

2. "बॉलिवुड फायरब्रेन्ड" को लेडी गार्डियन संगत सिटीय प्रमोटी की है। कंपनी पर हमसलत छप रही यर् सलत य किने गने कलपल/प्रक्रिया का कुचल ठेकी एर् हमसलत को केल का निचल है और "बॉलिवुड फायरब्रेन्ड" छप किने प्रकर का कोर् दचल यही है। इसकिने हमसलत में ठेकी के इतल सुलत और कने यने की लकी बिन्नेपरी ठेकी एर् हमसलत की ठेकी और "बॉलिवुड" की कोर् सुचि का य बिन्नेपरी इल गलले में यही होरी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 11/11/2019	Dr. K. Ghosh MBBS, DD, DNB, FRCS Reg. No.-5010 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हाताक्षर व मुद्रा	Dr. Banker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 