

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of life.		
APPLICATION No. : K/1210/2274 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 2/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : HD MONNAF ALI MONDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 54	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SALIL ALI MONDAL पिता/कन्या का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता SEELAMPUR, TELENT PARA, NORTH 24 PARGANAS 788121, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION : LABOURER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2100 x 12 = 25200 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सक्षम संलग्न)		
PAN No. स्पष्ट छाया संलग्न				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) 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.	HD MONNAF ALI MONDAL	54	M	SELF
2.	MASUD ALI MONDAL	22	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्ने गये विवरण का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची 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 एक लाख सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: **अवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 कबल तब तक ही कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
2) मैं यहाँ पर कबल तब तक ही कि "कौशलिका फाउन्डेशन", से ही जो रकम है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में मांग गया है।
3) मैं यहाँ पर कबल तब तक ही कि इस प्रश्नपत्र में मांग गयी रकम को मैं, इस रकम का वापस या प्रत्युत्तर किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिये व ही नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING TO WORK)

- 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/post-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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब इस प्रकार या अंग्रेजी की अन्य सहायक, मैं (अर्हक) अपनी पहचान को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में जोड़ सकते हैं, उसे "कोशिका" एनएन न्यासीय, एन, सचरात या दूसरे उद्देश्य से मुझे सौंप सकते हैं और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण मैं इसका के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सम्पन्न के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहायक या सचरात नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएन न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सचरातही होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अमेरिका के इतिहास या संगीत का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर प्राप्त कृत)

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.

हवाई अड्डा, ब्राह्मपुरी को अंतर्गत में सम्मिलित करने को "कोविड संचालन" से निमित्त सहायता देते विचारों को जल्दी है, जिसे हम (समस्या) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो चर्चाल और न ही पदमेव में विविध साक्ष्य मिलते हैं साक्षरी संग्रह या किसी अन्य स्रोत से उक्त ऐंटीवायले में लेने या तो खैरे हैं, जैसे कि इनमें "बॉलिका फायरेंडर" से लिफ्टीर/विपरीत उक्त के समर्थ में "बॉलिका फायरेंडर" हुए मरत हेतु कि है। यदि "बॉलिका फायरेंडर" हुए साक्ष्य विपरीत अतिरिक्त/समल हेतु मनुष्य नहीं किंच ज्ञात है तो अस्पष्टता किसी अन्य नैर साक्षरी संग्रह या किसी अन्य साक्ष्य से साक्ष्य लेने का अधिभक्त सुनिश्चित उक्त है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पष्टता दृष्टीय मरत उक्त ऐंटीवायले हेतु किसी नैर साक्षरी संग्रह या किसी अन्य साक्ष्य से नहीं संग्रहीत है।
2. "बॉलिका फायरेंडर" से लेने नई साक्ष्य केवल विविध प्रकृति की है। ऐंटी नैर इत्युक्त हुए दो नई साक्ष्य या किने नई उपचार/प्रक्रिया का प्रथम ऐंटी एवं इत्युक्त के बीच का विषय है और "बॉलिका फायरेंडर" हुए किसी प्रकार का कोई प्रथम नहीं है। इसविने इत्युक्त में ऐंटी के साक्ष्य सुनिश्चित और अपने जाने की सटी विपरीत ऐंटी एवं इत्युक्त की ऐंटी और "बॉलिका" की कोई सुनिश्चित या विपरीत उक्त मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अस्त्राण की तारीख 21/12/2019	Dr. K. G. ... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पं. नं.	Dr. ... (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2
		