

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1219/2776 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 26/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: GOPAL RANI MONDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 68	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NITAI MONDAL पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता APNAGAR, GOMARPUR, SOUTH 24 PARAGNA NBS HOUSING, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता HS ABOVE				
OCCUPATION: HOMEMAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2000 x 12 = 24000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्वयं छात्रा संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे):				
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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	GOPAL RANI MONDAL	68	F	SELF
2.	PROSANTA KUMAR MONDAL	33	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किए गए विनती 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 हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		



DECLARATION by APPLICANT: **अवेदक इति घोषण यः**

- 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 ये धारणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साहाय्य निरास हो जा सकती है।
- 2) मेरी इस कही साहाय्य एति "कौशिकता परामर्शदाता", से ही नक रही है, इसका उपयोग सभी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पर गण्य है।
- 3) मैं एति करता हूँ कि निम्न साहाय्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस एति का कौशिकता परामर्शदाता किसी अन्य कोटिनिष्ठकता/योग्यता का कार्य से न हो निम्न है और न ही भविष्य में शूण।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जतक द्वाऱा षड्ढ)

- 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 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 उत्तर इस प्रकार या किसी भी अन्य रूप में, मैं (अर्थात्) अपनी समझ के मुताबिक हूँ एवं "कोशिका फायरिंग और उसके न्यारीय" को अभिवृत्त करता हूँ कि मेरा ज्ञान, ध्यान, चोटी और जो विचार इस प्रश्न से संबंधित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यारीय, चर, माध्यम या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों को सिधे किसी भी प्रकार प्रभावित नहीं प्रभावित करने के लिए अभिवृत्त है। मेरे प्रश्न का विचार मेरे ज्ञान के चरों या चर में करने के लिए "कोशिका फायरिंग" व न्यारीय अभिवृत्त है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा ज्ञान, ध्यान, चोटी और विचार जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रेरित हैं पूर्ण रूप से सहायक का हकदार नहीं बल्कि इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यारीयों का निरर्थक अतिरिक्त और अनावश्यक बोझ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपरेक के इलाखर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (TAVNEN 120 400)

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 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.

हमारे अर्थिक, सांस्कृतिक और सामाजिक जीवन को "कोविड-19" से निरर्थक बनाने के लिए विश्व की सभी सरकारें, विशेष रूप से भारत सरकार, को समर्थन देना चाहिए।

- 1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी नैरालोचनी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उभरा लेखी/पत्रालये में होने या ले पाई है, जैसे कि इनमें "कोरिशा फाउन्डेशन" से विपरीत/विपरीत उभरा न हो सत्यता में "कोरिशा फाउन्डेशन" द्वारा गहरा है कि है। यदि "कोरिशा फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत अधिकाधिक/अवसर हेतु समझा पायी कि यह सत्य है तो असत्यता किसी अन्य नैरालोचनी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता होने का अधिनियम सुनिश्चित उभरा है। इस धृष्टि में सत्य सत्य सत्य है कि असत्यता विपरीत गहरा उभरा लेखी/पत्रालये हेतु किसी नैरालोचनी संस्था या किसी अन्य संस्था से पायी संस्था/संस्था।

2. "कोशिका पायमेंटेशन" से की गई साधना सेलत विभिन्न प्रकृति की है। ऐंटी वा इन्फेक्शन ट्रायरी गई साधना या बिने गरी बरकाला/प्रतिभा का सुपुन ऐंटी एवं इन्फेक्शन के बीच का विषय है और "कोशिका पायमेंटेशन" ट्राय फिरो प्रकाश का कोई प्रकाश नहीं है। इसविषये इन्फेक्शन में ऐंटी के इन्फेक्शन सुपुन और अने अने की खरी बिनेटो ऐंटी एवं इन्फेक्शन की बोले और "कोशिका" की कोई प्रकाश या बिनेटो ट्राय साधने में नहीं होयी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्थीकाली के लिए संवत्तरि

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26/12/2019		(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व ई. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल 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	
			