

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of life		
APPLICATION No.: K/0120/3006 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 3/1/2020 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: ATARBALA MONDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 58	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BIJAY MONDAL पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्मस्थान/आवस्य पता ATHAPUKUR, NORTH 74 PARAGANAS, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: COOK व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1900 x 12 = 22800/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)		
PAN No. सवाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) 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.	ATARBALA MONDAL	58	F	SELF
2.	MANOJ MONDAL	24	M	SON
3.	SHAMLA DAS	21	F	DAUGHTER
4.	PAROMITA DEBNATH	25	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न विकल्प				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय एवं भूमि आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATAREXT — LE			
2.	SURGERY — LE (SICSTIOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किये अन्य स्रोतों से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		



DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰਜ਼ਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ:**

- 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 Kashiya 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 सचता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मानकर गलत साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी स्वीकृति के साथ ही "कोशिका फाउण्डेशन", से ही मैं यहाँ हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किए जायेगा, जो इस प्रमाण पत्र में उल्लेख है।
- 3) मैं यहाँ पर सचता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रमाण पत्र नहीं है, उस उद्देश्य का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (apts to be used)

- 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 अंग्रेजी में या हिन्दी में देना चाहिये, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी छाप/हस्ताक्षर के द्वारा यहाँ "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय पर इस प्रकार से प्रयोग करें, जहाँ "कॉशिका" नाम या पता, फोटो या मेरे विषय के द्वारा दानों को जुटाने के लिए और/या जानकारी को फैलाने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयोग कर सकें। इस प्रयोग में इस बात के पहले या बाद में मेरे को प्राप्त "कॉशिका फाउंडेशन" या मेरी अधिकृतता है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को किसी भी प्रकार से प्रयोग करने से मेरी अधिकृतता ही नहीं बढ़ेगी। इस बात का फैसला केवल कॉशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के द्वारा ही किया जा सकता है। इस प्रश्न का उत्तर "कॉशिका" नाम या पता के प्रयोग के लिए या हिन्दी में या अंग्रेजी में देना चाहिये।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

APPLICANT'S SIGNATURE ON EXHIBIT



AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH TO NUT)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospitals) 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.

हमारे अधिकार, हमारा ही को और से सम्पन्न/पेरी को "कॉरिप्टा फायरबैल" से विविध साधना हेतु रिपब्लिक को आती है, जिसे इन (हमारा) दिन प्रकाश से मान्य व स्वीकार आती है।

- 1) यह कि न तो कॉलेज और न ही कॉलेज में विद्यमान छात्रावास किसी भी छात्रावास संगठन या किसी अन्य व्यक्ति से उच्च लेवेल परमिटों में होने या होना है, जैसे कि इनमें "कॉलेज छात्रावास" से निगरानी/निगरानी उच्च को छात्रावास में "कॉलेज छात्रावास" द्वारा भरण हेतु है। यदि "कॉलेज छात्रावास" द्वारा छात्रावास विधि कॉलेज/छात्रावास हेतु मान्यता नहीं दिया जाता है तो छात्रावास किसी अन्य गैर छात्रावास छात्रावास या किसी अन्य छात्रावास से छात्रावास होने का अर्थवत्त सुनिश्चित करता है। इस धृष्टि में सत्य कहा जाता है कि छात्रावास विधिगत भरण उच्च लेवेल परमिट हेतु किसी भी छात्रावास संगठन या किसी अन्य छात्रावास से नहीं संग्रहीत।
2. "कॉलेज छात्रावास" को ही यह छात्रावास संगठन विधिगत प्रवृत्ति भी है। ऐसी न इच्छाएं द्वारा ही यह छात्रावास या विधिगत नई छात्रावास/छात्रावास का सुचारु लेवेल एवं छात्रावास को सौध का विधान है और "कॉलेज छात्रावास" द्वारा किसी प्रकार का कार्य प्रथम नहीं है। इसविषय छात्रावास में ऐसी न छात्रावास सुचारु और अन्य नवीन की गति विधिगत ऐसी एवं छात्रावास की गति और "कॉलेज" को कार्य सौध या विधिगत द्वारा छात्रावास में गति होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अस्त्राण की तारीख 3/1/2020		Dr. Priyanka Chatterjee (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप		Dr. Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्णीक उपयोग हेतु					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यापारी हस्ताक्षर 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यापारी हस्ताक्षर 2		
					