

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षण)

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षण)

Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.: K/0120/3032 APPLICATION DATE: 4/1/2020

NAME of APPLICANT: DEBI MONDAL AGE-YEARS: 60 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DULAL SARKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 176K ROAD, LANGRA, GOBINDA KHATTICK ROAD, KOLKATA 700046, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 17000 X 12 = 204000 (Attach Proof of Income)

PAN No. XXXX XXXX

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	DEBI MONDAL	60	F	SELF
2.	KHARAT MONDAL	35	M	SON
3.	MURAN MONDAL	32	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

EPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
आवश्यक हेतु दिने गये विकल्पों का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SISTION)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
---------	----------------------	------------------------------------

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 Kashioka 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 ई कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही आसकरी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य आसल सत्य जगह है तो सही सहायता मिलने की आसकरी है।
- 2) मैं यहाँ पर कबल उचित "कीशिका फाउंडेशन", से ही आसकरी है, उसके उपलब्ध सभी सहायता की धुन में किसी दूसरे स्रोत, से इस प्रश्न में सत्य सत्य है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल ई कि बिना सहायता हेतु यह प्रश्न की सत्य है, इस उचित आसकरी आ सहायता मिलने की अन्य स्रोत/विधेय/कीशिका फाउंडेशन से न आसकरी है और न ही सहायता में सत्य।

AGREEMENT by APPLICANT (addw du wot)

- 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 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 जवाब हाथका या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी छापों को युक्ति बनाई हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि वेद रूप में, फोटो और कि विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा जाहिर, दूर, साधक/समूह उत्तरों से जुड़ी संचारविधि और उपकरणों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे इरादे में पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के जाहिर अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वेद रूप, नाम, फोटो और विवरण जो कि छात्रों से उत्तरों के माध्यम से प्राप्त हैं, छात्रों का उपयोग नहीं करता। इस कार्य में "कोशिका" द्वारा उत्तरों के न्यासीय का निर्णय अधिक और सम्भवकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अथवा वे प्रमाण या अन्य का विवर



AGREEMENT by HOSPITAL (WVMDH 000000)

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 अंदर से खजाने/पेसी को "कॉलिका फायनेंस" को विशेष साक्षात् हेतु विवर्धित की जाती है, जिसे हम (हमारा) निम्न प्रकार से मान्य व लोकाय करी है।

- 1) यह कि न तो सर्वोच्च और न ही मध्यम में विभिन्न स्तरों पर किसी एक संस्था को अपना या किसी अन्य संस्था से उच्च ऐंटी-कॉर्पस में होने या ले जाई है, जैसे कि अपने "कोरिपस काउन्सिल" को डिस्ट्रिक्टिविटी उच्च को उच्चम में "कोरिपस काउन्सिल" द्वारा भरर देणु कि है। यदि "कोरिपस काउन्सिल" द्वारा स्थापित विधि अतिरिक्त/अपगत देणु मन्तु यदि बिना मत है तो आपका किसी अन्य एक संस्था को किसी अन्य संस्था में स्थापित होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस बुद्धि में स्पष्ट कहा जाता है कि आपका द्वितीय भरर उच्च ऐंटी-कॉर्पस देणु किसी एक संस्था को किसी अन्य संस्था में नहीं संघोषोय।
2. "कोरिपस काउन्सिल" को ले ले स्थापित कोषत विधि अनुवि की है। ऐंटी या इन्वॉल्ट द्वारा ले ले स्थापित या बिने एवं इन्वॉल्ट/इन्वॉल्ट का सुचक ऐंटी एवं इन्वॉल्ट को बीच का विषय है और "कोरिपस काउन्सिल" द्वारा किसी उच्च का कोई उच्च नहीं है। इसीसे इन्वॉल्ट में ऐंटी को इन्वॉल्ट सुचक और अन्य याने को सही विन्वोय ऐंटी एवं इन्वॉल्ट को ऐंटी और "कोरिपस" की कोई सुचक या विन्वोय इन्वॉल्ट में नहीं होय।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिश को स्विड बोलायें

Date of Surgery अर्पण की तारीख 4/1/2020	Dr. Nalin Chhail Karan (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Sh. Anker Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसा इत्यादि 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसा इत्यादि 2
		