

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य उपचार)	 Building block of life.		
APPLICATION No. आवेदन संख्या	K/0624/0329	APPLICATION DATE आवेदन तिथि			21/06/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	TARUBALA MONDAL	AGE-YEARS वय-वर्ष	67	SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	SANNASI MONDAL				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती नाम स्थान परा BENOTA DHANGLA P 100TH 24 PAROANAI 743502 WIFST BG NOLAI					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती नाम स्थान परा — AS ABOVE —					
OCCUPATION: अवस्था	HOUSE-WIFE		<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (जीवित नहीं) <small>(Attach Proof of Income) (वय का सम्बन्ध सेवन)</small>		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक वय	3000X12 = 36,000/-				
PAN No. स्पाई नंबर					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मैं आर टैक का दाता हूँ (जो याच हो तब यह सही जा नियम लागत)			<input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No		
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण					
Sr. No. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	TARUBALA MONDAL	67	F	SELF	
2.	PRASIR MONDAL	41	M	HUSBAND	
3.	SANJAY MONDAL	62	M	SON	
4.	PUTUL MONDAL	39	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विभिन्न आधार					
BPL Card (Attach Card/Copy) मरींची रेखा के लिए इच्छा दर (इच्छा पर की जाक अति संभाव नहीं)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मध्य वय की इच्छा दर (इच्छा पर की जाक अति संभाव नहीं)	Ration Card (Attach Copy) उत्तराखण्ड वर्ग (इच्छा पर की जाक अति संभाव नहीं)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य की जाक		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु लिये गये विवरों का उल्लेख					
Sr. No. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डिक्टोर से आई की तरह उल्लेख सही वाला				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES यह उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता लियी जानी जाती में जितना गया है?					
Sr. No. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ही वर्ग सहायता रखी		

DECLARATION by APPLICANT **અર્પણ દ્વારા કરેલું ઘણા**

- 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 "purposes", 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 sources/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1. मैं पापरक ज्ञान हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सभी वास्तविकी के अनुसार थाए गए हैं। यह चोरी विवरण का बदला लगाने वाला है कि ये सभी विवरण की जा सकती है।
 2. मैं द्वारा दिए गए नाम "कॉशिका पाइ-डॉन", या यह क्या है? उम्मीद उपर्युक्त इसी डॉनों को पूर्ण रूप से नियम किए जाना चाहिए, कि इस घटना में सह रहा है।
 3. मैं चोरी विवरण को किसी भी तरीके से बदलने की कोई उम्मीद नहीं हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT: John Doe

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) उम्मीदों के अन्तर्गत इसका अधिकारी को लाए जाना चाहिए है। नवांदेश्वरी, अपनी सहायता को दुष्ट-करता है ताकि "कार्यालय आवासों पर भी वापस आवासों को बदल देया जाए" और अधिकारी का दावा है कि ऐसा कार्य है कि लोग अपने पास... कंठ पर जाने को विषयता इस प्रश्न में बनी है, इस "कार्यालय" लाए जाना है, ताकि वाक्यालय दूसरे दृष्टिकोण में उसी अवस्थावाली को बदल देया जायेगा जिसका कार्यालय के लिए किसी भी इसका लाभम् से प्रस्तुति प्राप्त हो जाए अभिवृत्त है। योगी इसका विषयता से इसका को लाने का बात में करने के लिए "झोलांड गांधीजी" का नाम उल्लिखित है।

2) है। (नवांदेश्वरी) इस बात से सहमत हूँ कि यह वास पक्ष, यात्री और विद्यार्थी को कि-भावाता की अद्वैतव्य से जानित है जैसे वहाँ: नहानक वास विकार जूँ करता है। इस सम्बन्ध में "अद्वैतव्य" एवं यात्रक विद्यार्थी का नियम भी उपलब्ध होना चाहिए।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

સાંજની બે વર્ષાના બાળપત્ર માટે



AGREEMENT by HOSPITAL

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this applicant for financial assistance from Kyoshaku 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 Koshikas Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इनकी विवरण, इनकी संख्या और उनके प्रमुख गतिकोण का "विवरण विवरण" या फिल्म विवरण या फिल्म विवरण कहा जाता है।

- १) यह किंतु न ही सामर्थ्य और न ही विजय दे चिह्नित करना प्रयत्न यह अभियान का लक्ष्य है। इसके बारे में इन्होंने यह अनुभव करते हैं:

 - “कोरिगिक पाठ्यबोर्ड” में ऐसी गाँधीजी के विचारों की विशेषता यह है कि उनमें जीवन के लक्ष्यों की विवरण वही विवरण हैं जो ही प्राकृतिक रूप से जीवन के लक्ष्य हैं। ऐसे विवरण के बारे में इन्होंने लिखा है:

RECOMMENDED FOR APPROVAL

COMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery मिशन की तिथि	<i>Dr. S. Subodh Das</i> M.B.B.S M.S <i>Surgeon</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) <i>Surgeon</i>	<i>OPTIONAL STAMP DAS</i> <i>Signature of Authorised Signatory</i> <i>(Name of Dhanbad Deemed to be University Hospital)</i>
---------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE ONLY - KOBRAKA EDITION

~~OPTION AGAINST DAS~~

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Safary

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पात्र संख्या २