

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0624/0356

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि :

24/06/24

NAME of APPLICANT :

अवेदक का नाम

MAJID MANDAL

AGE-YEARS (आयु-वर्ष)

62

SEX (लिंग)

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्न्या का नाम

RUHUL MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान आवासीय पता)

SHITALIA, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS

743446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

5000 X 12 = 60,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. (यहाँ खाली रखें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर घड़ी का निशान लगाएं)

Yes / हाँ

No / नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	MAJID MANDAL	62	M	SELF
2.	GOLBANU BIBI	55	F	WIFE
3.	SOURAV MANDAL	32	M	SON
4.	RUHUL AMIN	28	M	SON
5.	ASMITA BIBI	26	F	DAUGHTER
6.	MUSLIMA BIBI	24	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (3RS + 202)

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 कौन साई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: सत्यमेव जयते

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement(s) 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(s)" as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I heretly 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 यथाशक्त कहता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मानकर सहायता प्राप्त करता हूँ तो मेरी प्रयाप्तता निम्न की जा सकती है।
2. मेरी छ्वा में सहायता निम्न "उद्देश्य" के लिए की जा रही है, जिसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्ति के लिए किया जाएगा, या इस प्रश्न में कहा गया है।
3. मैं यथाशक्त कहता हूँ कि निम्न सहायता हेतु वह व्यय नहीं है, जो कि किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से प्राप्त किया जा रहा है या हो सकता है।

AGREEMENT by APPLICANT (SURRENDER THIS SET)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.
- 3) इस प्रश्न का जवाब हस्ताक्षर या ओंठों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका" संस्थान और उसके "व्यवस्थापकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में शामिल है, इसे "कोशिका" एजम्बल्यूसी, रा.न. कार्यक्रमों द्वारा उपलब्ध में लाने की कोशिशों को जारी रखें और प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति में इसका कोई प्रतिकार या धारा में करने के लिए "कोशिका" संस्थान को जारी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को उपरोक्त से प्रसारित है एवं जहाँ-जहाँ-जहाँ का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एजम्बल्यूसी को निरर्थक प्रतिकार और धाराओं द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

सर्वोपलब्ध एवं सहाय्यार्थक एवं श्रेष्ठ एवं निम्न

• ଶିଖର ଶିଖର

AGREEMENT by HOSPITAL: (STAMP OR SIGN)

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 a 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.

राज्य अविभक्त, इन्डियन को गोर से मासलेराणी को "कोशिका धाउन्देन" से विविध अन्न प्राप्त हो सिकारिहा को भली है, बिने उप (इन्डियन) विभि प्रकार से पान व मीठता करते है

1. यह कि न तो सर्वमान्य और न ही अधिकांश के विचार प्रकटता किसी भी साकारों सम्बन्ध या किसी अन्य व्यक्ति से तथा उपरोक्ताने से लोग या तो छुट्टी है, जैसे कि इनने "कोशिका काउन्टेरा" से निम्नोक्तानिर्दिष्ट प्रकृत के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्टेरा" द्वारा मरद होतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टेरा" द्वारा प्रकटता किसी अधिकांश-प्रकृत होतु मरद नहीं किया जाता है तो सम्प्रदाय किसी अन्य भी साकारों सम्बन्ध या किसी अन्य सम्प्रदाय से प्रकटता होने का अधिकांश प्रकृतता रखता है। इस प्रकृत में अन्य बातें बताते हैं कि सम्प्रदाय किसी मरद उपर उपरोक्ताने होतु किसी भी साकारों सम्बन्ध या किसी अन्य सम्प्रदाय से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका काउन्टेरा" से तो यह प्रकटता प्रकृत प्रकृत की है। लोग या सम्प्रदाय इस से नहीं प्रकटता या फिर एक सम्प्रदाय/प्रकृत का प्रकृत होतु एक सम्प्रदाय को सैन का विचार है जो "कोशिका काउन्टेरा" द्वारा किसी प्रकृत का कोई प्रकृत नहीं है। इसलिए सम्प्रदाय में लोग के प्रकृत प्रकृत सैन को प्रकृत की प्रकृत किन्प्रकृत होतु यह सम्प्रदाय को लोग और "कोशिका" को कोई प्रकृत या किन्प्रकृत इस प्रकृत में नहीं होतु।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10A

29/06/21

Dr. S. S. Chakravarty

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर अ. ल. र. दाहाल अ. री. ३

OPTOM APPROVT DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
(Sanjiv Kumar Gupta)
SANKER TRADING ENTERPRISE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनुसूचित जातों के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हजारा ।

न्यासी हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आपका प्रतिकार ३

Signature