

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)					
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		 Koshika foundation Building Block of Life					
APPLICATION No. : <u>4/1223/0935</u>		APPLICATION DATE <u>09/12/23</u>					
NAME of APPLICANT : <u>MANJURI MONDAL</u>		AGE-YEARS <u>66</u>	SEX <u>F</u>				
FATHER/SPOUSE'S NAME : <u>KHAGEN DAS.</u>							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>ATAUR, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS, JALPAIGURI, WEST BENGAL.</u>							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>AS ABOVE</u>							
OCCUPATION : <u>HOUSE WIFE</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>4000X12 = 48000/-</u>		(Attach Proof of Income)					
PAN No. <u>XXXXXX1234</u>		(आप का आय प्रमाण)					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <u>Yes / No</u>							
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1.	MANJURI MONDAL	66	F	SELF			
2.	KHAGEN MONDAL	39	M	SON			
3.	DEBPRADIP MONDAL	34	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		(अन्य कोई भी प्रमाण)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
सहायता हेतु किसे क्या निम्नी का उद्देश्य:							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
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 मिल चुकी है?							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
1.	[Blank]			[Blank]			
2.	[Blank]			[Blank]			

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(s)" 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 कर्ता हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सत्य हैं। यदि कोई विवरण गलत साबित होगा तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि सहाय्य यदि उपयोग की जाएगी तो केवल उक्त उद्देश्यों के लिए ही होगी, जिसके लिए मैंने सहाय्य का अनुरोध किया था।

3) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से या अपने नियोक्ता या बीमा कंपनी के माध्यम से उस राशि के लिए किसी भी प्रकार का भुगतान नहीं कर रहा हूँ।

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/print-upreproduce 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.

1) इस प्रश्न पर अपने उत्तराक्षर या जवाब की शुरुआत, मैं (आवेष्टक) अपनी सहायता की पूर्ण तैयारी हूँ एवं "बोर्डिंग कार्डिंग और उसके माध्यमों" को अधिकृत करता हूँ कि वेग कान, पान, फोती और जो विभाग इस प्रश्न में बोर्डिंग है, उसे "बोर्डिंग" समझ लेंगे, एवं, सम्बन्धित दुर्लभ ज्ञान/विषय को सुदृढ़ जीवित/निर्मित और उपलब्धियों को तबले किसी भी प्रकार सम्मान से प्रस्तुत करने में सक्षम अधिकृत है। मैं इस का विभाग में प्रत्यक्ष को जाने या कर में जाने को सक्षम "बोर्डिंग कार्डिंग" में सहाय्य अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

By signing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

इसका अर्थ है, इसकाही की ओर से समर्थन/सहारे को "भौतिकी भावनेशन" से विभिन्न स्तरावत हेतु गिनतीका की जाय है, जिसे इन (इम्प्लान्त) गिनतका से मध्य व गतीका काते है।

[illegible]

3. "कॉलिका पायनरोस" से भी यह समझा संभव नहीं है। संभव है इसका ह्रास ही यह समझा जा कि यह रक्तपात/विषम का प्रभाव होनी एवं इसका से रोग का विषय है और "कॉलिका पायनरोस" ह्रास किसी प्रकार का कोई रोग नहीं है। इसलिए इसका से रोग से इसका प्रभाव को जाने जाने भी नहीं विवेचनी होनी एवं इसका से रोग की "कॉलिका" को कोई प्रभाव या विवेचनी इस प्रकार में भी होनी।

समीक्षाओं के लिए संश्लिष्ट

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Shobashis Dey

M.B.S. M.S.

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

[illegible]

~~OPTOM ATAPPT DAS~~

Home, Destination & Name of Authorised Signatory

on behalf of Applicant

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION. अपराधिक तथ्येण देत

SIGNATURE of TRUSTEE:

न्यायी दण्डवत् ।

SIGNATURE OF TRUSTEE: _____

2000 FEBRUARY 9