

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: M/0822/0212
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 08/08/2022
आवेदन तिथि:NAME of APPLICANT: AMIR KHASRU MONDAL
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष
59SEX लिंग
MFATHER'S/SPOUSE'S NAME: AZIZAR MONDAL
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

BISHNUPUR, UTTAR PARA, KACHUA
SWAROPNAGAR, NORTH 24 PARGANAS-743293,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: FARMER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 2000 x 12 = 24,000/-
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / No
हां / 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.	AMIR KHASRU MONDAL	59	M	SELF
2.	MONTAZ MONDAL	56	F	WIFE
3.	TARIF MONDAL	35	M	SON
4.	MILAN MONDAL	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे 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 (YES + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन-सी सहायता राशी

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" 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में था।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस सहायता का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लिया।

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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) मैं (अन्वेषक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, उसे "कोशिका" पत्र में प्रकाशित, दान, वापसपाना द्वारा उद्देश्य में पूर्ण प्रतिनिधियों और उत्तरदाताओं के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे द्वारा जो पत्र में या अन्य में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रार्थना अधिभूत है।

आवेदन में समझाया या जमा किया गया

✓ Answer known the morning

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:

हमारे अधिकार, हमारा भरोसा की ओर से सामान्य/प्राणी की "कोशिका जागरूकता" से विविध संभावना है। विकसित की जाती है, जिसे हम (हमself) नियंत्रित करने में सक्षम हैं।

1) यह कि न तो संरक्षण और न ही अधिकार में कितने सहायक किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य स्थान से उक्त रंगी/पायल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में निगरानी/विशेषी उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विनियम अतिरिक्त/फलक हेतु मजबूत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थाओं में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मर उक्त रंगी/पायल हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य स्थान से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका पाठ्यपठन" से तो यह साधना केवल विविध प्रकृति की है। एंगी पर हममाल द्वारा भी यह सलाह या निर्देश तब उपस्थापित किया जा चुका है। एंगी हममाल से जोर का विषय है और "कोशिका पाठ्यपठन" द्वारा किसी प्रकार का कोई विषय नहीं है। इसलिए हममाल में एंगी के इसल सुझा और उसे जाने की वारी विम्वेशरी एंगी एव हममाल की होगी और "कोशिका" को कोई धारिका या सिम्वेशरी इस पाठ्य में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संज्ञा

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

08/08/2022

Dr. Shilpashis Das
M.B.B.S M.S
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
74935

OPTOM ANANTA DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
On behalf of Hospital)
SANGHVI'S HOSPITAL, PUNE-411 004

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

John F. Kennedy