

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: M/0822/0238
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 15.08.2022
आवेदन तिथि:NAME of APPLICANT: PIYARIRANI MANDAL
आवेदक का नाम:

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कन्या का नाम

GABRIEL MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

LAKSHIKANTAPUR, MARGAHAAT-1,
SOUTH 24 PARGANAS, 743355,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION:

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 सम्बंध
1.	PIYARIRANI MANDAL	72	F	SELF
2.	BURXOMAR MANDAL	50	M	SON
3.	BERONIKA MANDAL	42	F	DAUGHTER
4.	SEFALI MANDAL	44	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 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 लगे विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SIC & DOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई 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 यहाँ पर कर्ता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं द्वारा जो सहायता यदि "कारिका कार्यक्रम" में ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में धरा गया है।

3) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त किस्त किसी अन्य को-निर्भरकारी स्रोत/कम्पनी से न ली जायेगी और न ही भविष्य में लीए।

*) 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.

1) इस प्रश्न का उत्तर हस्ताक्षर का अंग्रेजी की छाप लिखकर, यी (आवश्यक) अपनी सहमति को पुष्टि करता है/एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" एक्स् न्यासी, सच, सचिव/या द्वारा उद्घरण में मुझे गतिविधि/ओं उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्ताव माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का-विचार मेरे इलाके के रहने या बाहर से करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यायी अधिकृत है।

अन्यथा वा सम्यक् वा अग्रे वा निजान्



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.

1) यह कि न तो अधिवेशन और न ही अधिवेशनों में विविध महापदा किसी भी साक्षरता सम्बन्ध या किसी अन्य स्वीत में उक्त ऐसी सम्बन्धों में लगे या न रहे हैं, जैसा कि इनमें "कोशिका काउन्डेशन" व विपरीत विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा महापदा विनिर्दिष्ट अधिकाधिकत हेतु स्पष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य भी साक्षरता सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्धन में महापदा लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वितीय स्पष्ट उक्त ऐसी सम्बन्धों हेतु किसी भी साक्षरता सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्ध में नहीं लेगा/लेगी।

स्वीकृती के लिए संस्थान

15/08/2022

आपका नाम सुरेश कुमार शर्मा

~~SANKAR INSTITUTE~~

Exemplar

Rich