

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

स्वास्थ्यता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वाम्यव देवाभाव)

Koshika
foundation
BRANDS

APPLICATION No. M/1222/0620
आवेदन नं. १२२२/०६२०

APPLICATION DATE : 23/12/22
आवेदन तिथी :

NAME OF APPLICANT : SHYAMSUNDAR MANDAL
ଓଡ଼ିଆ ଶ୍ରୀ ମନ୍ଦାଳ

AGE-YEARS वार्ष-वर्ष SEX लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GAURANGA MANDAL
पिता/स्त्री का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS _____

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 40/10, SANTOGRAM, 401201
DAKSHIN PARA, HARISHPUR, BARIHAT, NORTH 24 PARGANAS -
733412, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : तांत्र अवासस्थान परा

— AS ABOVE —

MARRIED (जिवाली) / UNMARRIED (अजिवाली)

OCCUPATION:

TOTAL ANNUAL INCOME

NII

180-181_B001-01-001-00000000

输出文件名：输出文件名

PAN NO. 4442

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable).
क्या आप जाप कर रहे हैं ? (जो मान्य हो उस पर लगी का नियम लगाव)

Yes / No
हाँ / नाही

FAMILY DISTANCE INDEXES

| Sr. No. क्रम संख्या | Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years) वय (वर्ष) | Gender लिंग | Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|--------------------------|----------------|---|
| 1. | SHYAMSUNDAR MANDAL | 62 | M | SAYF |
| 2. | KALYANA MANDAL | 58 | F | WIFE |
| 3. | SUMANTA MANDAL | 35 | M | SON |
| 4. | GANDEEP MANDAL | 32 | M | SON |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

| BPL Card (Attach Card Copy) संघर्षक टेलर के नाम प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ रहि संलग्न करो।) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अधिक आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करो।) | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ रहि संलग्न करो।) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध |
|---|--|--|--|
|---|--|--|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

| Sr. No. क्रमांक | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कॉकटर ने जारी की गई प्राप्तवेष्टन सूची मंत्रालय |
|--------------------|---|
| 1. | DIAGNOSIS - CATARACT - RF |
| 2. | SURGERY - RF (SICS + IOL) |

ASSISTANCE BEING AVALIABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
ए ग्राहक के हां कों व्यव सहायता किसी अन्य स्रोत से दिया जाता है?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME OF OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVALIED सीधे मिलावट की राशि |
|------------------------|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: ज्ञानका द्वारा मानवता पर:

- 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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- (1) मैं ज्ञानका द्वारा ही कि इस चाला मेरे लिये गये सभी लिखित कठोर वाक्यकारी के अनुसार सभी यह बातें हैं। और जोई लिखित यह कथन अवश्य यात्रा है जो मेरी मानवता नियत की जो बातें हैं।
(2) मेरी द्वारा जो सहायता की "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जो रोटी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की तृतीय के लिये किया जावेगा, जो इस प्राप्ति में भाग जाएगा।
(3) मेरी पुरुष काला है कि जिस सहायता हेतु यह प्राप्ति की रही है, वह यात्रा का अवधिकारी या नियमित वाक्यकारी वाक्यांशोंका/वीज्ञ वाक्यांशोंमें न हो लिखा है और वह भविष्य वे लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT: (ज्ञानका द्वारा काटा)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- (1) यह प्राप्ति पर अपने हाथाधार का अनुरूप की जानकारी है कि ज्ञानका द्वारा "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत बना है कि योग नाम, पता, जोड़ और जो विषय इस प्राप्ति में चलिए हैं, उसे "कोशिका" द्वारा नामहीन, राज, वाक्यांशोंका तृतीय उद्देश्य से जुड़ी अवधिकारी और उद्देश्यकारी के लिये किसी भी प्रवाह साधन में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ऐसे प्राप्ति का विवाद यह इतावधि के पहले यह काह में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
(2) मैं (ज्ञानका) इस बात के सहायता हूं कि मेरा नाम, पता, जोड़ और विषय जो कि सहायता की इच्छाएँ से जुड़ी हैं जुड़े रखते सहायता का इकाया जाने वाला। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का नियंत्रण जीवन और वाक्यकारी होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ज्ञानका की जानकारी का अनुरूप का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पित द्वारा काटा)

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 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.

हमने अधिकृत, हमसहायी को जो यह सामग्री/एंटी की "कोशिका फाउंडेशन" में वित्तीय सहायता हेतु लिखित की जाती है, विवेक हम (हास्पित) किस इकाया से नाम या वाक्यकारी करते हैं।

- 1) यह कि न तो अन्यथा भी वही अधिकृत में वित्तीय सहायता किसी भी साक्षाती संस्थान का किसी भूमि यात्रा या जाते या लौटे या लौटे हो जाएं तो उसे किसी भी अन्य संस्थान में "कोशिका फाउंडेशन" हुआ यात्रा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हुआ सहायता किसी आशिकायकात वेतु यात्रा जो किया जाता है तो अन्यसाथ किसी भूमि या साक्षाती संस्थान का किसी अन्य सामाजिक संस्थान में सहायता जीवन का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुरुष में स्वास्थ यह काह जाता है कि अन्यसाथ हितोंवाले वह उक्त योगी/यात्रा हेतु किसी भी साक्षाती संस्थान का किसी भूमि या साक्षाती संस्थान में नहीं होती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में सीधे ज्ञानका कंपनी वित्तीय प्रकृति की है। योगी यह हास्पित हुआ यह गई सहायता का किये गये उपचार/उपक्रिया का चुनाव लेंगे एवं हास्पित के बीच का वित्त है जो "कोशिका फाउंडेशन" हुआ किये गये प्रक्रिया का जोही दरवाजा नहीं है। हास्पित में योगी की इतावधि सुरक्षा और आवे जाने की सारी विस्तृती योगी यह हास्पित की होती और "कोशिका" की जोही भूमिका या जिम्मेदारी इस वाक्यांश में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
न्यायीकृति के लिये संस्कृतिDate of Surgery
अंगीरात की तारीख

| |
|--|
| Dr. Shubhashis Das M.B.B.S. (Name & Designation/Stamp) टाइपिंग भूमि या साक्षातीके गिर का |
|--|

OPTOM AVARAKIT DAS(Name, Designation/Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
TANKARAJI (टांकराजी विद्यालय, भूमिका न्यायीकृति)

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

अन्यायीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हास्पित ।SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हास्पित ।