

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

K/03781-0404

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

21/05/18

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

HERANI MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

F

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

SURYA KUMAR MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

WARRANPUR, NADIA, PIN-741249, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION:
व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी 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 निशान 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.	HERANI MONDAL	80	F	SELF
2.	SURYA KUMAR MANDAL	87	M	HUSBAND
3.	DILIP MONDAL	57	M	SON
4.	SWARUP MONDAL	59	M	SON
5.	ISHAY MONDAL	58	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया 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 (SIC 87101)

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 वही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: ਅੰਮ੍ਰਿਤ ਕੁਮਾਰ ਸਿੰਘ

- 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 बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताना आवश्यक था तो मेरी सहायता मिलाने की जरूरत होती।
- 2) मैं इससे यहाँ पर सहायता प्राप्त करने के लिए यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता को केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि को किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach and sign)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोविड है, उसे "कॉशिका" एनम् न्यायी, चर, चरम/चर द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को निर्णय किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या चर में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्य से प्रोविड है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एनम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बंधनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL. (REVISION DATE 10/2014)

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.

हमारे अधिष्ठाता, इलाहाबादी की ओर से सम्मलेन/प्रेमी को "कोशिका चारन्देशन" से विविध सहायता हेतु विनम्रता की जाती है, जिसे हम (हमसाल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉलेज और न ही परिवार में विविध साक्षरता किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य स्तर से उच्च ऐच्छियता में होने या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "बोशिया फाउन्डेशन" से निपटारा/विशेष उच्च के सम्बंध में "बोशिया फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यही "बोशिया फाउन्डेशन" द्वारा साक्षरता विविध अधिकाधिकतर हेतु मनुष्य की विषय बात है तो अन्यता किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से साक्षरता लेने का अधिकतर सुनिश्चित रखता है। इस प्रथम में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यता द्वितीय भरण उच्च ऐच्छियता हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेने।
2. "बोशिया फाउन्डेशन" से ही यह साक्षरता संस्था विविध प्रकृति की है। ऐसी या अन्यता द्वारा ही यह साक्षरता या किने गने संस्था/प्रक्रिया का प्रथम ऐसी एवं अन्यता के बीच का विषय है और "बोशिया फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसीलिए अन्यता में ऐसी के इतर प्रकाश और अन्य कानों की जारी विमोचनी ऐसी एवं अन्यता की होती और "बोशिया" की कोई प्रक्रिया या विमोचनी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का विधान लगाये)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/05/18	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, FRCS, FPMRF, FSNEC Reg. No. 3478B Sushil Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	Dr. Sushil Kumar Bagchi Director Sushil Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED संयुक्ति	REJECTED अमान्य	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
			