

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : ५१०६१८१०४७६		APPLICATION DATE : ०८/०६/१८			
NAME of APPLICANT : CHAPALA MONDAL		AGE-YEARS : ६०		SEX : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HASNA MONDAL					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : BAGBARI, GHATERHAT, SOUTH 24 PARGANAS, 743502, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : DS ABOVE					
OCCUPATION : HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income)			
PAN No. : [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	CHAPALA MONDAL	60	F	SELF	
2.	SANJAY MONDAL	36	M	SON	
3.	SHILA MONDAL	33	F	DAUGHTER	
4.	ARUNA MONDAL	31	F	DAUGHTER	
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					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
1. DIAGNOSIS - CATARACT-RE					
2. SURGERY - RE (SUCCESSFUL)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			

DECLARATION by APPLICANT: ☐ **सत्य** ☐ **मिथ्या**

- 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 प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता दत्त "कौशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रक्रम में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस दत्त जा अधिक या समस्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में ली जा।

AGREEMENT by APPLICANT (sign on way)

- 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 fulfillment 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 द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को उचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस द्वारा मैं जोड़ रहा हूँ, उसे "कोशिका" एनएन न्यासी, दान, सहायता या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरी इलाज के पक्ष में या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएन उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक से इच्छाएं या प्रार्थना का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (REPORT ON WORK)

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:

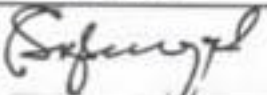
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इसमें अधिकांश, हमलावारी की ओर से गायलेलेली को "कोशिका पाउन्डेशन" से मिलित प्रभावित हो चुकी है, जिसे हम (हमलावारी) निम्न प्रकार से पाए व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो संवेदन और न ही भविष्य में विविध मायायात किसी भी साकार संवेदन या किसी अन्य स्तर से उच्च लेवेल पर ले जाते हैं, बल्कि कि हमने "कोलिका फायनैशन" से निपटारा/निपटित उच्च से सम्बंध में "कोलिका फायनैशन" हुए मरद हेतु कि है। यदि "कोलिका फायनैशन" हुए मायायात किसी अतिरिक्त/मरद हेतु मरद नहीं किफ जात है तो अमरतात किसी अन्य भी साकार संवेदन या किसी अन्य सम्बंध में मायायात लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में मरद कहा जात है कि अमरतात द्वितीय मरद उच्च लेवेल पर ले जाते हैं कि किसी भी साकार संवेदन या किसी अन्य सम्बंध से नहीं लेजा/लेते।
2. "कोलिका फायनैशन" से ही यह मायायात संवेदन विविध उद्भूति को है। लेवेल या इमरतात हुए ही यह मायायात या किने न ले उमर/मरद/मरद का पुनर्न लेवेल एवं इमरतात से बीच का विषय है और "कोलिका फायनैशन" हुए किसी उच्च का कोई उमर नहीं है। इसलिये इमरतात में लेवेल से इतक भूत और अन्य जाने की नहीं किने/लेवेल लेवेल एवं इमरतात की लेवेल और "कोलिका" की कोई भूत/मायायात या किने/लेवेल इस मायायात से नहीं होते।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सभीकृती के लिए संवर्धन

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/06/18	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, PhD(Eye) FMRF, FSNEC Reg. No. 34758 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	Dr. Anshu Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाहाबाद अंकिट अस्पताल
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मन्त्रीक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2 