

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0918/1123		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 04/09/18			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम TAPASI MANDAL		AGE-YEARS आयु-वर्ष 62		SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम GOPAL MANDAL					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान परत 19 K.C. KATHURIYA LANE, 12 BELGHARIA, NORTH 24 PARGANAS, 700058, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासस्थान परत AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय HOUSE WIFE					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NIL				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई करदाता 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 सम्बंध	
1.	TAPASI MANDAL	62	F	SELF	
2.	GOPAL MANDAL	68	M	HUSBAND	
3.	TAPAN MANDAL	39	M	SON	
4.	SWAPAN MANDAL	35	M	SON	
5.	SWAPNA MANDAL	35	F	DAUGHTER	
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 किये गये निवेदन 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 (SICESTIOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस पर सहायता परती	

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 प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई शिथिल एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "उद्देश्य" के लिए ही होगी, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो किया है और न ही भविष्य में करूंगा।

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/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 donation to 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.

1) इस प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगठे को साथ लगाकर, मैं (अवेदक) अपने साक्ष्य को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, कोठे और जो विवरण इस प्रश्न में धोखा है, उसे "कोशिका" एवम् न्याता, धन, मानवता दूसरे परदेस में जुड़ो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये बिना भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में इतना के पहले का पार में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्याता अधिकृत है।

आवेदक जे इस्लाम या भगुंते का निवाण



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:

हमारे अधिकृत, इकाइयों की ओर से पारदर्शिता की "कोईका परावर्तन" से विविध सहायता हेतु विपरीत की जाती है, जितने हम (हमारे) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि वे तो कार्यरत और वे ही परिणाम से विविध सहायता किसी भी आकांक्षी संस्था या किसी अन्य संस्था से उका ठोड़ी/घमने में लेने का सं रहें हैं, जैसे कि हमने "कॉलिका फाउन्डेशन" से निकालिए/विपत्ति उका के सम्बन्ध में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपत्ति अतिशय/सकल हेतु मन्तु नही किया जाता है तो असफल किसी अन्य भी सहायती प्राप्त या किसी अन्य सम्पादन से सहायता लेने का अधिकार मुखिल रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असफल द्वितीय मदर उका ठोड़ी/घमने हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य संपन में नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका काटने-गाने" से जो गाँव गहलवाला बंगाल विधि प्रकृति की है। रोणी या हस्पताल द्वारा ही गाँव सहायता या निम्न रूप उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोणी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका काटने-गाने" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोणी को इलाज सुधा और अपने जाने की राती जिम्मेदारी रोणी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE मन्जूर	REJECTION नमन्जूर
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04/09/18	Dr. Anil Shanker Nag MBBS, MS, (OPHTH) Reg. No. 65656 Sugrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तेमाल व रजि. नं.	 Anil Shanker Nag Director Sugrut Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हमलात अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED समूह	REJECTED समूह	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
			