

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता देने आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION NO.: K/1218/10SC

APPLICATION DATE: 3/2/18

NAME of APPLICANT:
जीवित का नाम

MANGALA SARDAR

AGE-YEARS वय-वर्ष

SEX लिंग

60 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पितृजी का नाम

BHABASINDHU SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास स्थान पर्याप्त पर्याप्त

9 NO. EAST PARA GOURA NALI, DURGAPUR,
SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : वास स्थान पर्याप्त

— AS ABOVE —



OCCUPATION:

HOUSE WIFE.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक विकल

NIL

(Attach Proof of Income)

(विवाह का साथ दर्शाएं)

PAN No. वीटी नंबर वीटी

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप जो का वाप है (जो याच की जाए जाती का विवाह वाप है):

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant जीवित के साथ सम्बन्ध
1.	MANGALA SARDAR	60	F	SELF एकल
2.	BHABASINDHU SARDAR	20	F	HUSBAND सामान्य
3.	SURUCHAR SARDAR	40	M	SON सन
4.	GHOPI SARDAR	22	M	SON सन
5.	SOMA SARDAR	60	F	MATERIAL प्राप्ति

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
वाप के लिए विवाह वाप

EPL Card
(Attach Card Copy)
जीवित के साथ सम्बन्ध वाप
(वाप का जीवित साथ सम्बन्ध को)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
जीवित के साथ सम्बन्ध
(वाप का जीवित साथ सम्बन्ध को)

Ration Card
(Attach Copy)
जीवित के साथ सम्बन्ध वाप
(वाप का जीवित साथ सम्बन्ध को)

Any Other
Basis/Proof
अन्य वाप का साथ

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

वाप के लिए जीवित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जीवित के जीवित का गई डिजिटल तृप्ति अंतर्गत
1.	DIAGNOSES - CATARACT- RE

2. SURGERY- Re (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए जीवित का वाप से विवाह वाप से विवाह वाप को?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य वाप का साथ	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED वाप का वाप से विवाह वाप

DECLARATION by APPLICANT: मार्गीक तुम पर्याप्त नाम

- 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 Kothika 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, seek of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) ਇਹ ਸੂਚਨਾ ਕਿ ਜੇ ਆਪਣੀ ਦੋਸ਼ ਵਿੱਚ ਅਜੇਤੀ ਦੀ ਮੁਹਾਰੀ ਦੀ ਅਧੀਨ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਥੋਂ ਉਸ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀ ਵਾਤਾਵਰਣ ਵਿੱਚ ਵੱਡੀ ਗਲੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
 2) ਜੇ ਆਪ ਨੇ ਆਪਣੀ ਟੀਫ਼ਨ ਵਿੱਚ "affine war-dialer", ਜੇ ਹੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਟੀਫ਼ਨ ਵਿੱਚ ਇਸ ਵਿੱਚ ਵੱਡੀ ਗਲੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
 3) ਜੇ ਆਪ ਦੀ ਟੀਫ਼ਨ ਵਿੱਚ ਵੱਡੀ ਗਲੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਟੀਫ਼ਨ ਵਿੱਚ ਵੱਡੀ ਗਲੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

AGREEMENT by APPLICANT (and/or spouse)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) यह पत्र पर मेरी सहमति या मंजूरी की तरफ साझा, मैं (अप्लिकेटर) मार्क सहमति की तुलना में एक "कोशिका प्रयोगार्थी" हो सकता है जिसके बाद, यह आवेदन को अपने नाम, वर्ष, वर्षावधि या उपर्युक्त विवरों के साथ विभिन्न रूपों में वितरित किया जाता है। यह अपने नाम, वर्ष, वर्षावधि या उपर्युक्त विवरों के साथ विभिन्न रूपों में वितरित किया जाता है।

2) मैं (अप्लिकेटर) यह पत्र को सहमति की तरफ साझा करने के बाद, यह आवेदन को अपने नाम, वर्ष, वर्षावधि या उपर्युक्त विवरों के साथ विभिन्न रूपों में वितरित किया जाता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

Number of genes in which we found



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 签名)

By affixing her/his/her signature, our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (hereinafter referred to as "we") warrant that:

- 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/selected 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.

कर्ता अधिकारी वालों की जीवन से जुड़ी ही एक विवरणीय शब्द "प्राचीन-वैदेय" ने भारत वासियों को विवरणीय की जाति ही बनायी है। यहाँ पर्याप्त विवरणीय विवरण वालों की जाति ही बनायी है।

2. "सीमित प्राप्तिकरण" के रूप में प्राप्ति सेवा नियम लागू होती है। ऐसी प्राप्ति का इसलिए इसमें वह विवरण दिये जाते हैं कि उसका उपयोग क्या क्या विधियों के अनुरूप है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संकेतित के लिये संतुष्टि

Date of Surgery अंतिम दो दिन	<i>Ak</i> Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 <small>Sainte Foy Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) सन्ते फॉय केंद्र एंड रिसर्च सेंटर</small>	 Shib Sankar Bagchi Director <small>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</small> <small>केंद्र एंड रिसर्च सेंटर का एक अधिकारी</small>
---------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इकाई ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इकाई 2
	