

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रक्रम

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवाएँ)



APPLICATION NO.: K 11212 / 1C93
संस्कृत नंबर:

APPLICATION DATE: 31/12/18
संस्कृत तिथि:

NAME OF APPLICANT:
प्रदाता का नाम:

MOCHLEM MONDAL

AGE-YEARS वय-वर्ष

SEX लिंग

60

M

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

EYAR ALI MONDAL

PRESIDENT RESIDENCE ADDRESS: राजनीति वास्तविक पर्याप्ति
CHANDIPUR, SIRAJPUR, CHAKLA, NORTH 24
PARGANAS, 743424, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्ति वास्तविक पर्याप्ति

— AS ABOVE —



OCCUPATION:
पेशी

UNEMPLOYED.

MARRIED (पति) / UNMARRIED (अपति)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष लाभान्वि)

PAN No. संख्या क्रम संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable)
आप आय वार आम हैं (जो आम हो तो उस पर आप विश्वास करें)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS - परिवार विवरण

Sr. No. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant प्रदाता के साथ सम्बन्ध
1.	MOCHLEM MONDAL	60	M	SIMPLE
2.	EYAR ALI	50	F	WIFE
3.	TAUQIR MONDAL	28	F	DAUGHTER
4.	FIRDHOOSI MONDAL	23	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवेदन के लिए लिखे जाने वाले

BPL Card (Attach Card/Copy) एप्ली डेक्स के लिए उपलब्ध पात्र (उपलब्ध पात्र की जाव लिए जाना जाता)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एस एस कर्ट उपलब्ध पात्र (उपलब्ध पात्र की जाव लिए जाना जाता)	Ration Card (Attach Copy) उपलब्ध पात्र (उपलब्ध पात्र की जाव लिए जाना जाता)	Any Other Basis/Proof अन्य कीमत जाव
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
आवेदन हेतु लिखे जाने वाली का उद्देश्य:

Sr. No. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आप्लायोडेट के लिए की गई डिस्ट्रिक्ट स्तरीय संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LF
2.	CURGENCY - Ja (Sicst+1st)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
एस उद्देश्य के हेतु कीमत अन्य स्रोतों द्वारा लिया जाव जाव से लिया जाव है?

Sr. No. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जाव की कीमत जाव

DECLARATION by APPLICANT: नारिंग द्वारा प्राप्त करने

- 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 ऐसा कहा हूँ कि यह प्राप्ति में लिखे गए सभी जाहिर तथा अज्ञात विवरण सत्य वाले हैं एवं कोई विवरण या वाक्य या वाक्यांश नहीं है।

2.) मैं इस विवरण में "कार्यकारी समर्थन", या ऐसा कहा हूँ, कि यह सभी विवरण विश्वासनीय वाले हैं एवं इसका उपयोग यह उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्राप्ति के लिए निर्धारित है।

3.) मैं ऐसा कहा हूँ कि यह प्राप्ति को किसी भी तरह विश्वासनीय वाले विवरण से या उन्हें विश्वासनीय वाले विवरण से अलग नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (write in ink)

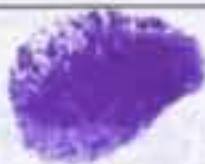
- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, phone & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including 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 प्रकार या लग्ने समाज का विद्युती भी जल उत्पादन, ये (वैदेशिक) सामग्री अपनी भी उत्तीर्ण काला है एवं "वैदेशिक प्रदानादाता और उत्तीर्ण विद्युती" भी वैदेशिक काला है ये या, या, विद्युती और जी विद्युती इस प्रकार है, यह "वैदेशिक" याहू, याहू, या, समाज इसी उत्तीर्ण में उत्तीर्ण विद्युती भी जल उत्पादन में उत्तीर्ण बनते हैं यह, वैदेशिक है। यो प्रकार या विद्युती दी जाता है विद्युती के बदले या बदले दी जाती है यह "वैदेशिक प्रदानादाता" व विद्युती विद्युती है।
 - 2) ये (वैदेशिक) इस काले में उत्पादन है ये या, या, विद्युती और विद्युती ये ये यत्पादन में उत्तीर्ण दी जाती है यह, यत्पादन का उत्पादन यही यत्पादन इस प्रकार है "वैदेशिक" यह यत्पादन विद्युती या विद्युती विद्युती यत्पादनी है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

[View all posts by **John**](#)



AGREEMENT by HOSPITAL (Initials or Name)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (hereinafter) 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.

परन्तु अधिकारी की जीवन से व्यापक रूप से "विद्यालय विभागीय" ने विवेद विभाग में विविध पदों पर जीते हैं। यहाँ बता (इन्स्ट्रक्ट) विवेद विभाग में व्यावहारिक विभागों के लिए विविध पदों पर जीते हैं।

2. "विभिन्न प्राचीनों" में वह वर्ग व्यक्ति विभिन्न रूपों को ही हो सकता है जो वह वर्ग के विभिन्न व्यक्तियों का सूचना होनी वह व्यक्ति विभिन्न व्यक्ति का वर्णन करता है और "विभिन्न प्राचीनों" द्वारा विभिन्न व्यक्ति का वर्णन की विभिन्न व्यक्ति विभिन्न व्यक्ति के बीच सम्बन्ध वर्णन करता है और विभिन्न व्यक्ति की विभिन्न व्यक्ति के बीच सम्बन्ध वर्णन करता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Date of Surgery शिक्षा की तारीख</p> <p><i>03/12/18</i></p>	<p><i>AK</i> Dr. A. Kundu MSBS, MS Reg. No.-55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) J.C. Centre जनका चयन एवं संस्कार संस्था, न.</p>	<p><i>ASB</i> Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital & Research Centre जनका चयन एवं संस्कार संस्था बैगची</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOISHIKA FOUNDATION कोशिका असंगठन

SIGNATURE of TRUSTEE 1
राजी राजा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी विवर २

Sofia

Eric F