

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्तिप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रैखिक)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION NO.: K/1218/1095
संदर्भ संख्या :

APPLICATION DATE: 03/12/18
संवेदन तिथि:

NAME OF APPLICANT:
आवेदक का नाम : MOHSEN ALI MONDAL

AGE-YEARS वय-वर्ष : 60 SEX लिंग : M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थान पर
CHURBISHI, BARUDDEPUR, NORTH 24 PARGANAS
JHARKHAND, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान स्थान पर

— AS ABOVE —

OCCUPATION:
पेशी :

UNEMPLOYED

MARRIED (मिहिर) / UNMARRIED (बिहिरी)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक वेतन :

NIL

(Attach Proof of Income)
(जुड़े वाले संपर्क संदर्भ)

PAN No. TIN/TEIN/TIN:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
क्या आप जरूर वाले हो? (जो जान हो उस ग्राम में को नियम साझी)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	MOHSEN ALI KHATUN	60	M	SPOUSE
2.	MONA KHATUN	28	F	DAUGHTER
3.	RUMI KHATUN	25	F	DAUGHTER
4.	MONI KHATUN	20	F	DAUGHTER
5.	KACAM ALI MONDAL	17	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए चिन्हित करें

BPL Card (Attach Card/Copy) एपीएल कार्ड के लिए इकायन पर (स्थान पर की काम की सेवा की)	EWS Certificate (Attach Certificate/Copy) एस एस कार्ड इकायन पर (स्थान पर की काम की सेवा की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (स्थान पर की काम की सेवा की)	Any Other Basic Proof अन्य कार्ड काम
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु लिए गए विषय का वर्णन:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अधिकारीकृत में जारी की गई ड्रिलिंग या चिकित्सा संलग्न	
1.	DIAGNOSIS - CATARACT- RF	
2.	SURGERY- Re (SICST+POL)	

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस वर्तन्य के हिस्से की अन्य स्रोतों से लिए गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED हाँ वाले संपर्क साझी

DECLARATION by APPLICANT: मात्रावाला द्वारा घोषित करते हैं-

- 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.
 - 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.
 - I hereby confirm that I have not & will not in future, avoid of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
 - मैं यहां परा करूँगा कि मेरी यह आवेदन के सभी जानकारी वाली तरफ से गलत नहीं है। यदि कोई विचलन का जाहाज यह आवेदन के बारे में गलत जानकारी देता है, तो मैं उसे बदल दूँगा।
 - मैं यहां परा करूँगा कि "उपलब्ध करायेगा", वह वाली तरफ़ से उपलब्ध कराया जाएगा, जो यह आवेदन के लिए विचलन का जाहाज नहीं है।
 - मैं यहां परा करूँगा कि मेरी आवेदन की तरफ़ से कोई भी अन्य स्रोत/प्राप्ति/आपातकालीन समिति द्वारा यह आवेदन के लिए विचलन का जाहाज नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (with D.O. 400)

- 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 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 agrees 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.

3) यह पत्र या कार्ड समाप्त या बंदी वाले दस्तावेज, या (अपेक्षा) आवास समिति की युक्ति कार्ड है एवं "कोशिका समाजसेवा मीटिंग्स" को अधिकृत कार्ड है या दोनों या उनमें से किसी दोनों में विशेष या दोनों में विशेष नहीं है, तो "कोशिका" लक्ष्य नहीं, या, समाजसेवा युक्ति समिति है युक्ति चालानीकरण मीटिंग्स या उनमें से किसी दोनों का लक्ष्य नहीं है या उनमें से किसी दोनों का लक्ष्य नहीं है तो यह पत्र या कार्ड समाप्त या बंदी वाले दस्तावेज या उनमें से किसी दोनों का लक्ष्य नहीं है एवं "कोशिका समाजसेवा मीटिंग्स" को अधिकृत कार्ड नहीं है।

4) मैं (अपेक्षा) यह पत्र या कार्ड है या दोनों में से किसी दोनों में विशेष या दोनों में विशेष नहीं है, तो यह पत्र या कार्ड समाप्त या बंदी वाले दस्तावेज या उनमें से किसी दोनों का लक्ष्य नहीं है एवं "कोशिका समाजसेवा मीटिंग्स" को अधिकृत कार्ड नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ਅਨੰਦ ਕੀ ਤਾਜ਼ਾਵਾਂ ਦੇ ਸੰਗੋਂ ਆ ਪਿਆ



AGREEMENT by HOSPITAL (STATION AND HOSPITAL)

By affixing her/his/their signature below, the Authorised Signatory certifies that the information provided in this application is true and correct to the best of his/her/their knowledge and belief.

- 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.

मानव सम्बन्धी विभिन्न विषयों के अध्ययन का उत्तम उद्देश्य है।

- 1) यह विषय से जुड़ा ही एक अत्यधिक महत्वपूर्ण विषय है। यह विषय को अवश्य अचूक रूप से लेना चाहिए। यह विषय "संकेतन विद्या" में भी शामिल है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
मान्यता के लिए सुनियो

Date of Surgery अंतिम दीर्घी 2/12/18	 Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 (Name of Dr. & Regn. No. with stamp) काशी कला व इन्डस्ट्रीज लिमिटेड	 Subho Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) काशी कला व इन्डस्ट्रीज लिमिटेड
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION काशीका फाउंडेशन

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नवीन यादव ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Sofnung

Eric