

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION NO.: KJ1218/1096

APPLICATION DATE: 3/12/18

NAME OF APPLICANT:  
आवेदक का नाम

SATHIDUL ISLAM MONDAL

AGE-YEARS वय-वर्ष

58

SEX लिंग

M

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

CHANCHUR MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थान का  
CINELLA ROYNSA, DEWINGA, NORTH 24  
PARGANAS, 743424, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान का नाम

AS ABOVE



OCCUPATION:

LABOURER

MARRIED (विवेहित) / UNMARRIED (विवेहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:

₹ 1500 X 12 = 18000

(Attach Proof of Income)

(स्वयं का स्वाक्षर संपर्क)

PAN No. एपीएन नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable)  
क्या आप जरूरी राजा हैं? (जो जरूरी राजा हो उस पर सही का चिन्ह लगाएं)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार का सारांश

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant परिवार के सदस्यों का अवधारणा
1.	SATHIDUL ISLAM MONDAL	58	M	SPOUSE WIFE
2.	RATIMA MONDAL	46	F	SON
3.	MADHUL ISLAM	05	M	DAUGHTER
4.	MANITA KUMARI	19	F	DAUGHTER
5.	MANITA KUMARI	15	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
आवेदन के लिए चिन्ह लगाएं

BPL Card (Attach Card/Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गर्भवती होने वाली महिला का (अस्पताल की कागजी संलग्न करें)	मरीज़ का वार्ता प्राप्ति का (अस्पताल की कागजी संलग्न करें)	उपायकारी कार्ड का (अस्पताल की कागजी संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आवेदन के लिए क्या चिन्हों का उत्तराधिकारी

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल से आई वा घर पर लिखी गई चिकित्सा सूची संलग्न	
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-RP	
2.	SURGERY- RC (SICS+IOL)	

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उत्तराधिकारी के साथ आवेदन कियो गया स्रोतों से किया गया है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED इसे किया गया सामग्री का मात्रा

**DECLARATION by APPLICANT:** I declare under penalty of

- 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) मे पूरा यहां से लिए एवं उपलब्ध की जानकारी के अनुसार यह सत्य है कि मेरी विदेश सर्व समर्थन योग्यता है जो मेरी विदेशी वित्ती आवश्यकता है।

(2) मेरी यहां से "विदेशी सहायता", जो मेरी वित्ती आवश्यकता है, का उपयोग किया जाता है, जो कि विदेशी सहायता, जो मेरी वित्ती आवश्यकता है, का उपयोग किया जाता है।

(3) मेरी यहां से विदेशी सहायता का उपयोग किया जाता है, जो कि विदेशी सहायता का उपयोग किया जाता है, जो कि विदेशी सहायता का उपयोग किया जाता है।

**AGREEMENT by APPLICANT (initials or name)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Kashika 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 Kashika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Kashika 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 प्रकार का विवरण यह होते हैं कि जब समाज, ये (व्यक्तिगत) लाभी व्यक्तियों को उपर्युक्त काम के लिए "व्यक्तिगत समाजीकरण और समाजीकरण" की विभिन्न प्रकार के लिए उपयोग करते हैं, तब "व्यक्तिगत" एवं लाभी, या, समाजका युक्ति अद्यतन में युक्ति विभिन्नताओं वाले समाजीकरणों में उपयोग के लिए समाज की उपलब्धता करते हैं। ये प्रकार का विवरण में इसका एक योग्य उपयोग के लिए व्यक्तिगत समाजीकरण का व्यापक अधिकार है।
  - 2) ये (व्यक्तिगत) इस प्रकार के लिए यह काम, या, लाभी और विवरण को लिए समाज के सहायतार्थी के लिए है युक्ति का योग्य समाज का इच्छायक व्यक्तिगत। इस प्रकार में "व्यक्तिगत" युक्ति अद्यतन को विवरण विभिन्न विभिन्न विभिन्नताओं द्वारा दर्शाया जाता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

*Author of *Getting to Know Our Friends**



AGREEMENT by HOSPITAL (from DE 501)

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.

ਪ੍ਰਾਚੀਨ ਕਲਾਵਿਗ੍ਰਹਣ ਦੀ ਸੰਖੇਪ ਵਰਣਨੀ ਜੋ "ਪੰਜਾਬ ਪਾਂਡੁਆਹਾ" ਦੀ ਮੌਜੂਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਨਾ ਸੀ ਉਸਦੀ ਵੀ ਯਤਨੀ ਹੈ। ਪੱਥਰ ਕਾਮ (Stonemasonry) ਵਿਚ ਪ੍ਰਕਾਰ ਦੀ ਵਰਣਨ ਕਰਨਾ ਵੀ ਯਤਨੀ ਹੈ।

- 1) यह दिन पर्यावरण और वह ही भवित्व में विशेष समाज किसी भी समाजी संस्थान या सिविल सोसाइटी का बोले हुए एक अधिकारी ने ऐसे यह कहा है कि, ऐसे ही इसी "सांस्कृतिक प्राचीनता" में विशेषजटताविहीन रूप से राष्ट्र के "सांस्कृतिक प्राचीनता" इस गठ से है। ऐसे "सांस्कृतिक प्राचीनता" इस समाज किसी भी समाजानुसार से दूर रहने की किम्बात नहीं है तो वर्तमान किसी जन की साक्षी संस्था या किसी जन समाज के सामाजिक सुरक्षा का उपकार है। इस दृष्टि में वर्तमान जन का संस्कृतानुसारी व्यवहार है कि सामाजिक दृष्टिकोण से वर्तमान के जन समाज की सामाजिक सुरक्षा का उपकार है।

2. "सीलिंग प्राविदेश" ने सी एं इन्डिया कंपनी नियंत्रित करने वाली है। यहाँ पर इन्डिया इसमें एं इन्डिया का नियंत्रित का गुण होते हैं एं इन्डिया

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अंतिम यो कालीन  01/02/12	 Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No-55127 (Name of Dr. & Reg. No. with stamp/initials) कालीन यो नाम व इम्प्रिन्ट व रज. नं.	 Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) कालीन यो अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION कोशिका फाउंडेशन

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
John Doe

Safary

Eric B