

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता देत् आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य रेखापत्र)

**Koshika**  
foundation  
Building Block of Life

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या:

K/1211/1719

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि:

4/10/18

NAME of APPLICANT:  
आवेदन का नाम:

SANDHYA MONDAL

AGE-YEARS (वय-वर्ष)

51

SEX (लिंग)

F

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

PRATHAM GAYEN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थानिक पत्ता

GIRIBIGPUR, HOWRAH, 711316, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्ति वासस्थानिक पत्ता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:  
पेशी:

HOME MAKER.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय:

NIL

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

PAN No. एपीएन नंबर:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):  
आप आय जमा कर रहे हैं? (वह आय ही जमा पर लाभ का वित्तन लाती है)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ सम्बन्ध
1.	SANDHYA MONDAL	51	F	SELF
2.	GOUTAM MONDAL	30	M	SON
3.	SAMAR MONDAL	0.6	M	SIN

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
आवेदन के लिये विचारी आधार

EPL Card (Attach Card/Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate/Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य आधार
नहीं है वा नहीं इच्छा रखा (इच्छा रखने की आवश्यकता नहीं)	नहीं है वा नहीं इच्छा रखा (इच्छा रखने की आवश्यकता नहीं)	नहीं है वा नहीं इच्छा रखा (इच्छा रखने की आवश्यकता नहीं)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आवेदन हेतु लिये गई विवरी का वर्णन:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयोगीय रिपोर्ट वा ड्रिफ्स जूडी अप्प्लिकेशन
I.	DIAGNOSIS - OINTMENT-RE
II.	SURGERY- Re (EICEROTOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के लिये और अन्य स्रोतों द्वारा आवेदन के लिये आवेदन की?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED लिये गई आवेदन की राशि

**DECLARATION by APPLICANT: ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨਾ ਹੈ:**

- 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.
- 4) ਇਸ ਵਿਚ ਕੋਈ ਵੱਡੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ। ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ।
- 5) ਜਿਥੋਂ ਵਿਚ ਕੋਈ ਵੱਡੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਆਪਣੀ ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ। ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ।
- 6) ਜਿਥੋਂ ਵਿਚ ਕੋਈ ਵੱਡੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਆਪਣੀ ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ। ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ।

**AGREEMENT by APPLICANT (ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨਾ)**

- 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 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 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.
- 3) ਇਸ ਵਿਚ ਵੱਡੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਆਪਣੀ ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ। ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ। ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ। ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ।
- 4) ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ। ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ। ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ।



**AGREEMENT by HOSPITAL (ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨਾ)**

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 prepaying 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 this matter.

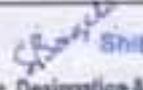
ਇਸ ਅਭਿਆਸ, ਇਸਤੇ ਦੀ ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ। ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ।

- 1) ਯਕੀਨੀ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ। ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ। ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ। ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ।
- 2) ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ। ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ।

- 3) ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ। ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ।
- 4) ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ। ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਂ।

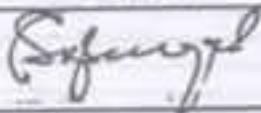
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

ਸ਼ੀਬ ਸਨਕਰ ਬਾਗਚੀ ਦੀ ਲਿਖ ਲੋਗੋ

Date of Surgery ਅੰਦਰੋਂ ਦੀ ਦੱਤ	 Dr. A. Kundu MBS, MS Reg. No -55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp/Signature) ਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਦੀ ਫਾਈਲ ਵਿੱਚ ਲਿਖਾ ਗਿਆ ਹੈ।	 Shubh Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਦੀ ਫਾਈਲ ਵਿੱਚ ਲਿਖਾ ਗਿਆ ਹੈ।
----------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION ਅਜਿਥ ਦ੍ਰਾਵ ਪੰਨੇ ਵਿੱਚ

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
ਨਾਮ ਲਿਖੋ। 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
ਨਾਮ ਲਿਖੋ। 2

