

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य सेवा)

**Koshika**  
foundation  
Building blocks of life

APPLICATION NO.:  
आवेदन संख्या :

WJ(218) 2132

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि:

20/12/18

NAME OF APPLICANT:  
आवेदन का नाम:

ANANDA MONDAL

AGE-YEARS वय-वर्ष  
69

SEX लिंग  
M

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

MAKHAN MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान वासस्थान पर

DHAKSHI GANDESHWAR PUR - GAHRICHAR,  
SOUTH 24 PARGANAS - 700359  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थान पर

— AS ABOVE —



OCCUPATION:  
पेशी

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)  
(अपने काम की संबंधित दस्तावेज़ लाएं)

PAN No. एपीएन नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):  
आपको जरूर आय का दस्तावेज़ है? (जो आप ही उपर आय का नियन लगाते हैं)

Yes / नाहि  
SI / NO

FAMILY DETAILS: परिवार की संरचना

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष) 69 (69)	Gender लिंग M	Relation with Applicant परिवार के सदस्य का सम्बन्ध
1.	ANANDA MONDAL	69	M	SELF
2.	MANOJ MONDAL	60	M	WIFE
3.	MANU MONDAL	22	M	SON
4.	DAYASA MONDAL	25	F	DAUGHTER
5.	DEEPIKA HALDER	27	F	DAUGHTER
6.	RANI MONDAL	25	F	DAUGHTER

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

SPL Card (Attach Card Copy) संसदीय रेत की वैधता पर (उपर आय की आवाहनी की संतान की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उपर आय की वैधता पर (उपर आय की आवाहनी की संतान की)	Ration Card (Attach Copy) उपर आय की वैधता पर (उपर आय की आवाहनी की संतान की)	Any Other Basic Proof अन्य वैधता पर

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे गर्भ चिह्नित का जरूरत पड़े:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनस्वास्थ्य विभाग से जारी की गई डायग्नोस्टिक रिपोर्ट और ड्रिफ्ट
1.	DIAGNOSIS - CATARACTE
2.	SURGERY - Cataract (SICESTROL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस जरूरत के लिए किसी और स्रोत से किसी अन्य सहायता के लिए गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED अन्य स्रोत से लाभित राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** मेरी दस्तावेज़ का

- 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 reprobation/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 ODA assistance is requested.

1) मैं संकेत करता हूँ कि यह फॉर्म में दिए गए सभी विवरण पूरी तरह सही हैं। यदि, किसी विवरण को असहील लगाया जाता है तो 40 रुपये फ्रीमीट की जगह हो।

2) मैं इस नई सहायता की "वक्तीकाल प्रत्यावर्तन", में भी जा रहा हूँ, जबकि इसकी अंतिम तिथि दिन दिया गया है, जो इस फॉर्म में दिया गया है।

3) मैं यूनिक वाला हूँ कि यह विवरण को पूरा करने की ओर आवश्यक वाला विवरण नहीं है जिसकी विवरण फ्रीमीट का लाभ प्राप्त करने के लिए यहाँ दिया गया है।

**AGREEMENT by APPLICANT (check the box)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publicly/privately/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to virtual, 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.

1) इस पत्र पर मेरी सहमति या मेरों की जान सहमति, मैं (आवेदक) मार्गी समिति को युक्त करता हूँ कि "कोशिका चालांदार वृत्ति समिति" को अधिकृत करता हूँ कि मेरे पास, जोड़े और जो वित्तीय सहायता करता है, जो "कोशिका" का जनक, कार्य, समर्पण युक्त उपर्युक्त से युक्ति प्राप्तिकर्ता और उपर्युक्त से वित्तीय सहायता करता है जिस अधिकृत है। मैं इस पत्र का वित्तीय सहायता के बाहर के कार्यों के लिए "कोशिका चालांदार" का नामी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस पत्र के सहायता के लिए मेरे पास, जोड़े और जो वित्तीय सहायता के सहायता के सहीर से उपर्युक्त से युक्ति प्राप्ति करता है, सहमति का इच्छावाली नहीं करता। इस पत्र के "कोशिका चालांदार" का नामी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

[View all news](#)

Ananda Mondal

ADMISSIONS & HOSPITAL (住院部)

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इस अधिकार, हमारी यह नोट के समानांग के "कोशिका चालानेता" में दिए गए हैं जिसका यह विवरण यह है, हमें इस (चालान) में जान के साथ संलग्न यह है।

  - 1) यह चालान के संबंध में यह है कि अधिकारी ने दिए गए जान के साथ चालान के बाहर दिए गए हैं, और यह दिए "कोशिका चालानेता" में विवरित/दिए गए के साथ में "कोशिका चालानेता" द्वारा जारी किए गए "कोशिका चालानेता" द्वारा जारी दिए गये अधिकारी/चालान के साथ यह यह दिए गए जान के साथ संलग्न है और जान के साथ दिए गए सामानी संबंध यह दिए गए जान के साथ संलग्न है। इस पृष्ठे में दिए गए जान के साथ दिए गए जान के साथ संलग्न है।
  - 2) "कोशिका चालानेता" में यह यह जान के साथ दिए गए है। यह यह जान के साथ दिए गए जान के साथ संलग्न है। यह यह जान के साथ में यह "कोशिका चालानेता" द्वारा दिए गए जान के साथ संलग्न है। यह यह जान के साथ में यह यह जान के साथ संलग्न है। यह यह जान के साथ में यह यह जान के साथ संलग्न है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

**Date of Surgery**

06/09/18

Dhananjay Giri  
(12345-678)  
[Name of Dr. & Room No. with Stamp]

*S. Bagchi* Shib Sankar Bagchi  
Director  
Sree Chaitanya Foundation & Research Centre

FOR INTERNAL USE OF KOSHUKA EDUCATION [www.koshuka.jp](http://www.koshuka.jp)

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
**ANDREW F. BURGESS**

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Safary

See B