

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता ढेत् आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION NO.: K/12/123456
रजिस्ट्रेशन नंबर :

APPLICATION DATE: 20/12/18
रजिस्ट्रेशन तिथि:

NAME OF APPLICANT:
आवेदक का नाम : **SANDHYA MANDAL**

AGE-YEARS वय-वर्ष : **48** SEX लिंग : **F**

FATHER'S/HUSBAND'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम : **SWAPAN MANDAL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी ठाने
**MODIA MODIABEL, BAROSSA-II, NORTH 24
PURJANAS, 700128, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्ति वर्तमान स्थान
— AS ABOVE —

OCCUPATION:
पेशी :

House wife

MARRIED (विवेहित) / UNMARRIED (विवेहित)
(Attach Proof of Income)
(वय का साथ साझा)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक व्यय

NIL

PAN No. एपीएन नंबर:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
क्या आप जरा का व्यय है? (जो व्यय हो वह पर मात्र का नियम संगत)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SANDHYA MANDAL	40	F	SPOUSE
2.	SWAPAN MANDAL	60	M	HUSBAND
3.	SHAMPA SARDAR	05	F	DAUGHTER
4.	MAHDI SARDAR	02	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विचारित व्यवहा

EPL Card (Attach Card/Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई व्यवहा
गर्भवति होने के दौरान व्यय (व्यय वाले की सहायता देना को)	व्यायाम करने का व्यय (व्यय वाले की सहायता देना को)	उपचार करने का व्यय (व्यय वाले की सहायता देना को)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता के लिए कोई विचारित व्यवहा:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached उपचार विवर से वार्ता की गई डिलिवरेन्स दृष्टि संतुष्ट
1.	DIAGNOSIS- CONTACT-RE
2.	Surgery- Re (Sicca Rot)

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य स्रोत द्वारा व्यवहार किया गया था?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED व्यवहार की व्यय का राशि

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन द्वारा:

- 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/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं निम्न वाक्य के सहर में निर्दि नहीं भवता कि मैं कोई वाक्य तभी बदल दूँगा जो है कि उसके बाहर कोई वाक्य नहीं है जो मैं उसके बाहर कोई वाक्य नहीं है।
 2) मैं इस वाक्य के "किसी वाक्यमें", जो यह है, कोई वाक्य तभी बदल दूँगा जो उसके बाहर कोई वाक्य नहीं है।
 3) मैं निम्न वाक्य के बाहर कोई वाक्य तभी बदल दूँगा जो उसके बाहर कोई वाक्य नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन द्वारा):

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 its 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) यह वाक्य मैं अप्लिकेशन के बाहर कोई वाक्य तभी बदल दूँगा जो "किसी वाक्यमें" को बदल दूँगा जो यह वाक्य नहीं है, जो उसके बाहर कोई वाक्य नहीं है, जो "किसी" एवं वाक्य, वाक्य, वाक्यमें युक्त वाक्यमें युक्त वाक्यमें जो उसके बाहर कोई वाक्य नहीं है। यह वाक्य मैं उसके बाहर कोई वाक्य नहीं है। यह वाक्य मैं उसके बाहर कोई वाक्य नहीं है।
 2) मैं (अप्लिकेशन) यह वाक्य मैं बदल दूँगा जो मैं उसके बाहर कोई वाक्य नहीं है। मैं उसके बाहर कोई वाक्य नहीं है। "किसी" एवं वाक्य वाक्यमें युक्त वाक्य नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेशन के बाहर कोई वाक्य नहीं है।



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा):

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.

यह अधिकृत, वाक्यमें युक्त वाक्य "किसी वाक्यमें" को बदल दूँगा जो यह वाक्य नहीं है। यह वाक्य वाक्यमें युक्त वाक्य नहीं है।

- 1) यह वाक्य मैं बदल दूँगा जो यह वाक्यमें युक्त वाक्य नहीं है। यह वाक्यमें युक्त वाक्य नहीं है। यह वाक्य "किसी वाक्यमें" में वाक्यमें युक्त वाक्य "किसी वाक्यमें" द्वारा बदल दूँगा जो यह वाक्य "किसी वाक्यमें" द्वारा बदल दूँगा जो यह वाक्यमें युक्त वाक्य नहीं है। यह वाक्यमें युक्त वाक्य नहीं है।

2. "किसी वाक्यमें" में यह वाक्य मैं बदल दूँगा जो यह वाक्यमें युक्त वाक्य नहीं है। यह वाक्यमें युक्त वाक्य नहीं है। यह वाक्यमें युक्त वाक्य "किसी" द्वारा बदल दूँगा जो यह वाक्यमें युक्त वाक्य नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
समीक्षा के लिए संकेतित**

Date of Surgery बीमारी की तिथि	Dr. Bhananjay Giri MS, MSc No. 60578 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) शहर का नाम व नंबर का लिखा गया है।	Shib Sankar Bagchi Director Sight Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व उपचार संस्थान की ओर से लिखा गया है।
-----------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अप्लिकेशन के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम लिखा गया है।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम लिखा गया है।