

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0030/2318
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 07-01-2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BAPPADITYA MONDAL
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 33
वर्ष

SEX 4
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GAUR MONDAL
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SHANTI GHATHE DAKSHIN PURA LAHORE, PUNJAB, SOUTH 24 PARAGANAS 742320
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— 45 ABOVE —



OCCUPATION: LABOURER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 2000 x 12 = 24000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी पता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गहरी का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	BAPPADITYA MONDAL	33	M	SELF
2.	UMA MONDAL	32	F	WIFE
3.	BANWITA MONDAL	4	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	NEPHROSTIS - CATARACT - LE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एवं गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: अंतर्गत प्रमाणित है

- 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) मैं यहाँ पर कबल यह कि इस प्रकार से दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का जमाना दूँगी कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार से भरा हुआ है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँगी, कि मैं इस राशि का व्यय किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति दाता 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने छावनी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्राताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एजन्सि यात्रा, चरणचक्र या दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को तिले बिना भी प्रसार सम्पन्न से प्रसारित करने में लिप्त अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण वही हस्ताक्षर करने या करने में करने में लिप्त "कोशिका फाउंडेशन" व भ्राता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि वेद नाम, पता, फोटो और विवरण को कि हस्ताक्षर को दूरदर्शन से प्रसारित है मुझे स्वतः प्राप्तता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एजन्सि यात्रा या गतिविधियों का निर्णय अधिकार और सम्पत्तिका होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अमेरिका में इस्लाम का संघर्ष का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (병원 동의 여부)

By affixing her/his/their signature, the undersigned 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.

इससे अतिरिक्त, इसकाफी की ओर से पारलमेटेरी को "कंसिडर" (अपमानित) से विधि प्रणाली में विचारित की जाती है, जिसे हम (इसका मतलब) निम्न प्रकार से समझ सकते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

मन्वीकाली के लिए संरक्षण

Date of Surgery अपरेसन की तारीख 07-01-2013	Dr. Alok Bagchi MBBS, MS, Ph.D. (Cytology) Reg. No. 31888 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर और नाम के साथ प्रमाणित करने के लिए	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) न्याय के लिए प्रमाणित अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इन्द्रधर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इन्द्रधर 2
	