

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:
संवेदन संख्या : K/0119/ 2389

APPLICATION DATE:
संवेदन दिनी : 08/01/19

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम : NILRATAN MANDAL

AGE-YEARS साल-वर्ष : 59 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम : SUMAN MANDAL



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: संवासन स्थान
PAR NALHATI, SANGRAMPUR SHIBARTI,
BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS, 743412,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान
— AS ABOVE —

OCCUPATION:
पेशी : UNEMPLOYED

MARRIED (मिहिर) / UNMARRIED (अमिहिर)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक वाय : NIL

(Attach Proof of Income)
(वाय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्ट्रीट लिंग संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप जन भर यात है (जो जाव हो उस पर माली का विवरण साहायी)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS संबंधित विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member संबंधित के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के सम्बन्ध
1.	<u>NILRATAN MANDAL</u>	<u>59</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>SONUKA MANDAL</u>	<u>50</u>	<u>M</u>	<u>SOURCE</u>
3.	<u>PRABENAPADA MANDAL</u>	<u>78</u>	<u>M</u>	<u>SOURCE</u>
4.	<u>DARU MANDAL</u>	<u>59</u>	<u>F</u>	<u>DRUGGIST</u>
	<u>KRISHNA MANDAL</u>	<u>41</u>	<u>F</u>	<u>DRUGGIST</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिह्नित वाय

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य सार्वें वाय
नीचे देख के दोस्त प्रयत्न पर (प्रयत्न पर की जाय अति संलग्न की)	मानव वाय वर्ग संलग्न पर (प्रयत्न पर की जाय अति संलग्न की)	उपायोक्ता कार्ड (प्रयत्न पर की जाय अति संलग्न की)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विवरों का उल्लेख:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मानवान्तरिक से जारी की गई ड्रिविंग सूची संलग्न
1.	<u>DIAGNOSIS- CATARACT- LE</u>
2.	<u>SURGERY- LE (SICKLE)</u>

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्थीर रूप सहायता प्राप्ति

DECLARATION by APPLICANT: अर्थात् द्रष्टव्य करने वाले:

- 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 प्रकाश करता हूँ कि मैं इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण ऐसे बनाए रख रहा हूँ कि वह नहीं बदल सकता है। यह जब विवरण ऐसे बनाए रखा जाता है तो मैं उसका विवरण भी ऐसा ही है।
- 2) मैं इस जैव विवरण को "कोशिका चालदारा", ये तो कहता है, जाना उपर्युक्त वर्तमान की जगह भी नहीं किये जाना चाहे, वह इस फॉर्म में दिया गया है।
- 3) मैं युक्त करता हूँ कि यह विवरण दूसरे व्यक्ति की नहीं है, उस व्यक्ति का अधिकार यह विवरण दूसरे व्यक्ति का नहीं है वह यह विवरण दूसरे व्यक्ति का नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् द्रष्टव्य करना)

- 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/produce 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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर मार्ग दर्शक या अंकों की जानकारी में युक्त करता हूँ कि "कोशिका चालदारा" को अधिकृत करता हूँ कि यह यह विवरण इस फॉर्म में दिया गया है, जो "कोशिका" एवं नाम, दर्शक या अंकों द्वारा दर्शाये गये विवरण में युक्ती विवरण और उपर्युक्त विवरण में दिये गये विवरण समान हैं। मैं इस विवरण में इसका विवरण दूसरे व्यक्ति के बारे में दिया "कोशिका चालदारा" का नाम दिया है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस विवरण में दिये गये नाम, दर्शक या अंकों और विवरण वे ही विवरण हैं जो उपर्युक्त विवरण में दिये गये विवरण समान हैं। यह विवरण दूसरे व्यक्ति का विवरण नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थात् मेरे विवरण के अंत मेरी वाली विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पित द्रष्टव्य करना)

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.

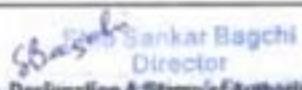
मार्ग दर्शक, विवरण की ओर से याचिकाएँ यह "कोशिका चालदारा" से दिये गये विवरण दूसरे व्यक्ति का नहीं है, विवरण दूसरे व्यक्ति का नहीं है।

- 1) यह विवरण मेरी विवरण की ओर से याचिकाएँ दिये गये विवरण की ओर से याचिकाएँ दिये गये हैं, विवरण मेरी विवरण की ओर से याचिकाएँ दिये गये हैं। यह "कोशिका चालदारा" द्वारा दिये गये हैं। यह "कोशिका चालदारा" द्वारा दिये गये हैं। यह विवरण दूसरे व्यक्ति का नहीं है। यह विवरण दूसरे व्यक्ति का नहीं है। यह विवरण दूसरे व्यक्ति का नहीं है। यह विवरण दूसरे व्यक्ति का नहीं है।
- 2) "कोशिका चालदारा" मेरी विवरण की ओर से याचिकाएँ दिये गये हैं। यह विवरण दूसरे व्यक्ति का नहीं है। यह विवरण दूसरे व्यक्ति का नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
समीक्षा के लिए, संस्थापक**

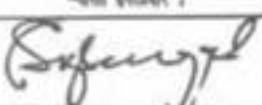
Date of Surgery
बीमारी की तिथि
08/01/19


Aranya Das
MBBS, MS
69372
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
"Koshika" Medical Health Centre
काशिका डिजिटल हॉस्पिटल वर्ल्ड, द.


Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नम व ए हास्पिटल कोशिका अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्थात् उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम दर्शक 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम दर्शक 2

