

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(आरोग्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/0119/ 2474	APPLICATION DATE: 12.01.2019	
NAME of APPLICANT: MADHU MONDAL	AGE-YEARS: 62	SEX: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUREN MONDAL		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: INDIA, HARAR, NORTH 26 PARAGANAS 743425 WEST BENGAL		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE		

OCCUPATION: UN EMPLOYED	MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (निश्चित)
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL	(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)
PAN No. [Blank]	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / NO	

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.	MADHU MONDAL	62	M	SELF
2.	REKHA MONDAL	50	F	WIFE
3.	BENNY MONDAL	50	M	SON
4.	ANUR MONDAL	23	M	SON
5.	PUSPA MONDAL	23	F	DAUGHTER
6.	TULSHI MONDAL	20	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) यदि कोई आधार है, तो उसे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधार पर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे नये किसी का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATHARTIC-RE
2.	SURGERY-RE (SUTURES-RE)

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 उसी हेतु सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰੰਘ ਦਾ ਘੋਸ਼ਣਾ 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.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही वांछित है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग-प्राप्त है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं या सहायता हेतु यह प्रश्न पूछा जा रहा है, उस राशि का व्ययिक या सरकारी किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (unless otherwise noted)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 का जल्ने इरादता का अंशों की रूप लेनाकर, मैं (आवेदक) अपने आशयों की पूर्ण प्रकट हूँ एवं "कोशिका पराधीनता और उसके ग्यारहों" को अधिकृत करता हूँ कि वेद, पत्र, पत्र, भोते और को विचार इस प्रश्न में जोड़ा है, उसे "कोशिका" एवम् ग्यारहों, एन, आचरण का पूर्ण उद्देश्य से जुड़ो विविधियों और उपलब्धियों को लिखे बिना भी उक्त सम्मान से प्रदर्शित करने में लिख अधिकृत है। यी प्रश्न का विचार यी इरादों को पालने का मत में करने में लिख "कोशिका पराधीनता" व ग्यारहों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस मत से सहमत हूँ कि वेद, पत्र, पत्र, भोते और विचार को कि आदतों के उद्देश्यों से प्रदर्शित है जुड़ो पत्र: आदतों का इकाया नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ग्यारहों का विशेष अधिक और सम्मानकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपेक के हस्तक्षेप या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (PRINT OR TYPE)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसमें अतिथिगत, इलाहाबाद की ओर से चमलेश/पंडे की "बोशिया पाठशाला" से विविध छात्राणा श्रेणी शामिल की जाती है, जिसे इन (छात्राणा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार किया है:

- (1) यह कि न तो सीएम और न ही सीएम के जिला सहायक किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त टेलीफोन से लेने या ले रहे हैं, बल्कि इनके "बीडिआ फाइनेंस" से निवृत्ति/विधि उक्त के सम्बंध में "बीडिआ फाइनेंस" द्वारा मरद हुं कि है। यदि "बीडिआ फाइनेंस" द्वारा सहायक विधि अधिकार/पद से मरद नहीं किया जात है तो अगला किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जात है कि अगला विधि मरद उक्त टेलीफोन से हुं किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेने/लेगी।

2. "कॉलिका पायरेटोल" से ही यह साबुल कंकल विभिन्न प्रकृति की है। ऐसी या इम्पेक्टल ट्राप ही यह साबुल या बिले लगे उपकार/प्रक्रिया का प्रथम ऐसी एवं इम्पेक्टल के बीच का विषय है और "कॉलिका पायरेटोल" ट्राप किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए इम्पेक्टल में ऐसी के द्वारा मुक्त और जाने जाने की सारी विम्बेटी ऐसी एवं इम्पेक्टल की होती और "कॉलिका" को कोई भूमिका या विम्बेटी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

संयोजकता को दिए संसुति

Date of Surgery अस्त्राण की तारीख 12.01.2019	Dr. K. Ghosh MBBS, DD, DNB, FACS Reg. No.-50041 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) अस्त्राण का नाम व इलाज करने वाले	Dr. Sanjay Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाज करने वाले
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION 2019.07.20 14:04

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इश्वर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इश्वर 2
	