

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0119/2036 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 12/01/19 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम ✓ ANIMA MONDAL		AGE-YEARS जन्म-वर्ष 68	SEX लिंग F		
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम UANIK TIKADAR					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता TAL DANGA BASULDANGA, SOUTH 24 PARGANAS 743569, ASSET BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता - AS ABOVE -					
OCCUPATION : व्यवसाय HOUSE WIFE			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ✓		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NIL			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. संपादित खंड संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / 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 सम्बन्ध	
1.	ANIMA MONDAL	68	F	SELF	
2.	PATICHU MONDAL	30	M	HUSBAND	
3.	ARATI HALDAR	43	F	DAUGHTER	
4.	DEBASISS MONDAL	29	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने विपत्ति का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT LE				
2.	SURGERY - Lc (SUCCESSFUL)				
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 लेई गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: **असेल तूच येवत रा:**

- 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 कतार दूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य अलग सत्य पाया है तो मेरी आवेदन निरास भी हो सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता एतित "कोशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त करूँगी, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं है, उस एतित या अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING TO HIRE)

- 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सादरी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" एनएन न्यासी, एन, एनएनएनएन एनएन एनएन से जुड़ी प्रतिक्रियाओं और प्रतिक्रियाओं को लिखने बिना भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने में लिख अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्षों पर करने में लिख "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि हस्ताक्षर के उत्तरों में प्रेषित है मुझे सलाह: हस्ताक्षर का उपयोग नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएन न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अमेरिका के इलाका या अंग्रेजी का विभाग



AGREEMENT by HOSPITAL. (FACSIMILE NOT VALID)

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.

हमारे अधिकांश इलाकाओं की ओर से पत्रकार/लेखकों को "कॉलोका पत्रावेक्षण" से विभिन्न सहायता हेतु निमंत्रित की जाती है, जिसे हम (हमपाठक) निम्न प्रकार से मान्य व प्रोत्साहित करते हैं।

- 1) यह कि न तो सचिवा और न ही अधिकार में स्थिति साक्ष्यता किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य इकाई से उक्त टैरिफ/मालों में ली जा ले गई है, वैसे कि इनने "कोलिका फाउन्डेशन" से लिक्विडेशन/विपरीत उक्त के सम्बन्ध में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा गहर हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्यता विपरीत अधिकार/सम्बन्ध हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थागत से साक्ष्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल स्थिति गहर उक्त टैरिफ/मालों हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोलिका फाउन्डेशन" से ली गई साक्ष्यता केवल स्थिति इच्छा की है। ऐसी या इच्छाता द्वारा ही यह साक्ष्य या किने गने उपलब्ध/अधिक या धुपन टैरि एवं इच्छाता के बीच का विषय है और "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इच्छाता इच्छाता में टैरि के इच्छाता सुपुत्र और अन्य जाने की सारी विच्छेदनी टैरि एवं इच्छाता की टैरि और "कोलिका" की कोई सुपुत्र या विच्छेदनी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्पणन की तारीख 18/01/19	Dr. Dhananjay Giri MBBS, MD  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका के तारीख	Shish Sankar Bagchi Director Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका के तारीख
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય દશરથ ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય દશરથ ૨
	