

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life			
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0889/2639		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 18/01/19					
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम ASHA MONDAL		AGE-YEARS जातु-वर्ष 72				SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम MANMATHA PATRA							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता C/O SHANABHA DAKSHIN DARA, SHAPA SOUTH 26 BAR GANAJ, 400105, WEST BENGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता - AS ABOVE -							
OCCUPATION : व्यवसाय HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NIL		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)					
PAN No. स्थायी खाता 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 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 सम्बन्ध			
1	ASHA MONDAL	72	F	SELF			
2	LATA NASEER	44	F	DAUGHTER			
3	MEERA MATHAN	46	F	DAUGHTER			
4	RISHU MONDAL	42	M	SON			
5	SHREYA SARDAR	39	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये 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 वर्ग आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)			
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1	DIAGNOSIS- CATARACT- RE						
2	SURGERY- RE (SCLERAL)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगी गई सहायता धरती				

DECLARATION by APPLICANT: **महोदय/श्री/महोदय/श्री**

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो यही सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का यकीन दूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं इस सहायता से पहले या भविष्य में कहीं भी मदद प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या तो शिकाई नहीं करूँगा और न ही शिकाई करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (above and below)

- 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 अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छावनी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" समूह न्यासी, दान, वाचकत्व दानों इत्यादि से जुड़ी विविधियों और उपस्थितियों में लाने किसी भी उद्देश्य के प्रयोजन करने में लिप्त अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष या पक्ष के करने में लिप्त "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अनेक नई कृतियाँ का संग्रह



AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH DO NOT)

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.

बच्चों की शिक्षा, स्वास्थ्य और खेल से सम्बन्धित सभी "बालिका प्रयत्न" से विभिन्न राज्यों में विस्तारित की जाती है, जिसे इन (इन्फान्ट) विंग प्रकाश से मान्य व प्रोत्साहित करते हैं।

- 1) यह कि न तो सविधान और न ही सविधान में विहित साक्ष्यता किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य इकाई से उक्त टेलीग्राफों में लगे या ले जाये हैं, नैसी कि इनमें "बॉलिक फायरिंग" से निवारण/निवृत्ति उक्त को सम्भव में "बॉलिक फायरिंग" द्वारा गहरा हो जाये कि है। यदि "बॉलिक फायरिंग" द्वारा साक्ष्यता किसी अधिकार/सम्भव हो गयेगी नहीं किण जता है तो अगस्तस किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य सम्पत्तिन से साक्ष्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगस्तस द्वितीय गहर उक्त टेलीग्राफों हो गये किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य सम्पत्तिन से नहीं ले जायेगी।
2. "बॉलिक फायरिंग" से लगे गये साक्ष्यता संस्था विहित प्रकृति की है। लेने या हस्तगत द्वारा ही गये साक्ष्यता या किसी गये उपस्था/प्रतिष्ठा का धुनन लेने एवं हस्तगत से लेने का विधान है और "बॉलिक फायरिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसविषये हस्तगत में लेने को हस्तगत सुरक्षा और अन्य जगह की गरी विधेयता लेने एवं हस्तगत की लेने और "बॉलिक" को कोई अधिकार या विधेयता इस गणने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अवीकृतं चो लिख संसृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/01/19		Dr. Dhananjay Giri MBBS, MS Reg. No.-60576 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तफा व पंजी. नं.		Shri Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तफा अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरीक उपयोग हेतु					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इस्तफा 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इस्तफा 2		
					