

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0719/0712
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 03/07/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SUSMITA MONDAL
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 66
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MADAN MOHAN MANDAL
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BELE, DHANVAKURIA PURBA LITAK PARA,
GHORAS KULENGRAM, BASIRHAT, NORTH 24
PARGANAS 743428, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सदा आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: HOMEMAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 x 12 = 21600/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्पष्ट खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 सम्बंध
1.	SUSMITA MONDAL	66	F	SELF
2.	NIPTAYENDU MANDAL	35	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनंति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनंती 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 - LE (CSCS + IOL)

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 सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक प्राप्त होवला पर:

- 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.

१) मैं योचना करती हूँ कि इस प्रश्न पर शिरो मने सभी विचारों से अलग रूप में भी है। यदि कोई विचार एवं कथन अलग रूप में है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।

2) सी सी जे सहयोग दणि "कोशिका काउन्टिंग". ये सी जे सी है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में ५० पन्ना है।

3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस साक्ष्य पर यह प्रार्थना की गई है, उस साक्ष्य का अधिक या सबसे कमसे कम कोई-एक/दो/तीनों अक्षरों से नहीं मिलता है और न ही अधिक में मिलता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

(1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवरोधक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धर्जित है, उसे "कॉशिका" एब्ज्यू म्यारी, इन, वाचनालय द्वारा उद्घरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के सिद्धि किमो को प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पश्चात् या बाद से करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व व्यक्तियों अधिकृत है।

2) मैं (अध्यात्म) इस बात से सहमत हूँ कि मंगल, पाल, फोटे और विवरण यह कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "बोर्डिंग" प्रथम उसके व्यक्तियों का निर्णय अतिरिक्त और माध्यमारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके कर्म के अनुसार या अंगुष्ठ का निशान

Susmita Mandal

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

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.

इससे अधिकतर इलाकों की ओर से प्रमुख लोगों को "कोशिका फाटनेवाले" से विधिवे गिरफ्तार हो चुका है, जिसे हथ (हस्तगत) किन्तु प्रकार से राज्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो साधन और न ही पद्धति में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्तर से उक्त रोपी/पागले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कठिका काउन्डेशन" से शिक्षण/शिक्षित उक्त को साध्य में "कैथिका काउन्डेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कैथिका काउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/सहाय हेतु पत्र नही किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय पदर उक्त रोपी/पागले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फायन्डेशन" से टी सी एल वाइरस कोषल विविध प्रवृत्ति की है। टी सी एल वाइरस द्वारा टी सी एल वाइरस का निर्माण करने के लिए उपचार/प्रक्रिया का सुझाव देती है। इस वाइरस के साथ का विषय है और "कोशिका फायन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाव नहीं है। इसलिए इस वाइरस में टी सी एल वाइरस द्वारा टी सी एल वाइरस का निर्माण होता है और "कोशिका" को कोई भी दवाव या उपचार/प्रक्रिया नहीं होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

कृषीकृती के लिए संस्तुति

Shib Sankar Battacharya

Direct

First Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद इसमें तल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

ऑपरेशन की लगेद

03/07/10

Dr. Arunava

11/11/11

Reg. No. - 69372

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

साक्षर का नाम व हस्ताक्षर व पंक्ति नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी ब्रह्मचर ।

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायौ इत्युत्तर २

Rich