

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0919/1414

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

2/2/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

BISALI MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

GOLAK MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SOUTH TALLA, MADHYA PRA - CANNING - SOUTH
2A PARGANAS - WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOMEMAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS 2200X12 = 26400

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्या है/छात्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाख है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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.	BISALI MONDAL	62	F	SELF
2.	CHANDRA DAS	32	F	DAUGHTER
3.	NANDA MONDAL	32	F	DAUGHTER
4.	PRANJIT MONDAL	37	M	SON
5.	SURAJIT MONDAL	34	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनोद आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचारावली सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIGS + 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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **मार्गेद्वारे ही घोषणा आहे:**

- 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 हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अशुद्ध पाया जाय है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) यहाँ पर मैं कतार दूँगी "कौशिका फाउंडेशन", से ही यह सही है, उसका उपयोग करी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रश्न की गई है, इस राशि का अतिरिक्त या समतल निरस्त किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (ଅନେକଙ୍କ ଦ୍ଵାରା)

- 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 उत्तर देना आवश्यक है। यदि आप (अर्थात्) अपनी सन्धि की पुष्टि करते हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृत्व" को अधिकृत करते हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में प्रस्तुत हैं, उसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, दूर, वाचनालय द्वारा उत्तरों में पुनर् प्रकाशित करने और प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तर के प्रश्न के बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कौन सा उत्तर देने के लिए प्रकाशित है। मेरे प्रश्न: उत्तरों का प्रकाशित नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" समूह उत्तर देने के लिए अधिकृत और वाचनालय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अभेदक के इरादा या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (बिनामत त्वां कर्तुं)

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.

बालों अधिकतर हड़प्पावी की ओर से मयसले/देवी की "कौटिलिका पाठशाला" से मिलिय सहायता हेतु विश्वविद्या की जाती है, जिसे हम (हमपाठाल) निम्न प्रकार से मान्य व सौकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही भूमि में विविध संस्थाओं किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से वक्त छोटी-मामले में होने या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निपटारी/विवाद तथा जो संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद देना कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा संस्था विधि अधिकार/सहायता हेतु मजबूत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद वक्त छोटी-मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह संस्थाओं संस्था विधि प्रवृत्ति की है। ऐसे का इस्तेमाल द्वारा ही यह संस्था या किसी गैर-सरकारी/प्रतिष्ठान का मुख्य छोटी एवं इस्तेमाल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में छोटी को इस्तेमाल मुफ्त और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी छोटी एवं इस्तेमाल को छोटी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसद

Shib Sankar Battacharya

Director

Ushrat Eye Foundation & Research Centre

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

मान य एह हस्मन्तु अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

2/9/19

2/5/19

Dr. Alok Agarwal

M.B.S., M.S., Ph.D (Edu), F.NRF, F.SNEC
Reg. No.-68688

Reg. No.-68688

(Name of District Revenue/Local Stamp) Centre

संस्कृत भाषा के अन्तर्गत अनेक भाषाएँ हैं। इनमें से कुछ भाषाएँ हैं—

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी दहशायर ।

Exempted

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इत्यादि २

Rich