

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता एवं आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य इतिहास)

Koshika
foundation

July 2009 / No. 116

APPLICATION No. : K/09/9/1527
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE :
अप्प्लिकेशन डेट :

NAME OF APPLICANT: CHAMPA MONDAL
কাম্পা মন্দাল

AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SHIBNATH MONDAL
পিতা/কন্যামুখ নাম

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान स्थायी पता
BANERJA DOBRE MANDIRAM RIDDHA CHALI PADA,
KINGALGANJ, NORTH 24 PARGAONS 743435 WEST
BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : वडा श्रीगंगाय वडा



OCCUPATION: HOME MAKER
स्वेच्छाकारी

MARRIED (जिवाली) / UNMARRIED (अजिवाली)

TOTAL ANNUAL INCOME: R3 1500 x 12 = 180000/-

(Attach Proof of income)
(अवय का साक्ष चिन्ह)

PAN No. स्टार्ट इन्डिया

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

Yes / No

[Family Details](#) [About Us](#)

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) गटुनी रेसा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अध्ययन कार्य प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाप प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सम्बन्ध
---	---	---	---

***PURPOSE* for REQUESTING ASSISTANCE:**

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आप्लाई/ट्रॉफिकर से बाहर की पहुँच प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - DE (3 IOLS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य प्राप्ति किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्वीकृत सहायता दर्शाएँ

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा

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 & ...; 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 अपना चाहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण नेहीं अत्युल्लंघनीय के अनुसार सात एवं शारीरी हैं। यह कोई विवाह एवं कामन आवास यात्रा जात है या ये सभी सामाजिक विवरण की बात सम्बन्धी हैं।

2) मैं द्वारा कोई जापानी पर्सन "जापानिका पार्ट-टाइम", सो सी या यांत्री है, याकाउ उल्लंघन उत्तीर्ण यात्रा या भूमि के लिये दिया जाएगा, ये इस प्रकार में घट गया है।

3) मैं अपना काला हूँ कि दिया जाएगा देख यह प्राप्ति की नहीं है, इस अधिकारी का विवरण विभिन्न अवृत्तियोंकेरिक्त व्यापारी है या वह विवाह है और वह ही अधिक वंश मैं भूमि।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् दाता का)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.

- इस प्रकार यह जने वालों का एक सम्बन्ध, मैं (अपरेक) अपनी सहभागी की तुटी बात है ऐसे "कोटिलोका फाटडॉयर और उसके नामों" को अधिकृत करते हैं कि मैं यह कम, यह, खोटे और जो विवरण इस प्रकार में दर्शित है, उसे "कोटिलोका" शब्द, नामी, दास, सामाजिक शैष्ण इत्यरूप से जुड़ी भवित्वोंपर्यन्त और उसकी नामों के लिये किसी भी प्रकार व्यापक से प्रशंसित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रत्यक्ष का विवरण ऐसे इतने के तरह पा बार में करने के लिए "कोटिलोका फाटडॉयर" य नामी अधिकृत है।
 - मैं (अपरेक) इस बात से जाग्रत हूँ कि यह कम, यह, खोटे और विवरण को कि सहभागी के उद्देश्यों से दर्शित है युग्म सम्बन्ध सामाजिक कालदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोटिलोका" शब्द उसले भवित्वों का लियर अंतिम और वायकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

AGREEMENT by HOSPITAL (संकेत स्वीकृत)

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:

[Redacted] [Redacted] [Redacted]

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

1) यह कि न हो सकता और न हो अस्तित्व में विभिन्न साक्षण्य किए गए साथारी हास्यन जो किसी अन्य रहने वाले द्वारा देखी जाने में सौंपे जा सकते हैं, ऐसे कि हमने "कांटिका पाठवनेवाल" से विभिन्न साक्षण्य हास्यन की जाती है, जिसे हम (अपनकाल) जिन प्रकार से अन्य स्टॉपकर कहते हैं।

2. "बोटिंग काटने-होना" से ही यह शास्त्रात् शोषक विद्युत प्रकृति यो है। ऐसी पर इसलाल द्वापरे यह गलत परिवर्तन बोटिंग का विवर है और "बोटिंग काटने-होना" द्वापरे किसी गलत का बोट देख गयी है। इसप्रति इसलाल में योगी के इसल भूमिका और व्यापे भी सही कियेगए होनी एवं इसलाल की होनी भी "बोटिंग" को कोई भूमिका या कियेगए है इस घटना में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

~~Dr. Kail Shanker~~ M.B.B.S. M.S. D.O.T.H.N.I.

Date of Surgery
अंतर्रुद्ध की तिथि

Reg. No. - 613
Sudar Eye Foundation
(Name of Dr. & Regt. No. with Stamp)

S. M. Banerjee Basu
Director
S. M. Banerjee & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)


FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION कानूनीक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
रामेश्वर कृष्ण

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Sergey

Eric