

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
महायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K1061210462

APPLICATION DATE : 05-06-18

NAME of APPLICANT : SANKAR HAZRA

·YEARS 47-48 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUDHIR HAZRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 1000 10TH ST

PANDIT SANTRA & KANAIACHAK MADHYA
SANTOSH PUR. MUNGAILLA PUR HOWRAH 711404,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 301 39TH ST NW

as above —

OCCUPATION:

LABOURER

MARRIED (မှတ်စွာ) / UNMARRIED (မှတ်စွာနဲ့)

TOTAL ANNUAL INCOME :

Rs. 1608x12=19,200/-

(Attach Proof of Income)
(अपने का साक्ष लें)

PAN No. १२३४५६७८९

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

Yes 44%

FAMILY DETAILS after figure

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अप्लाई के साथ सम्बन्ध
1.	SANKER HAZRA	61	M	WIFE
2.	MINA HAZRA	54	F	SON
3.	UMAM HAZRA	30	M	SON
4.	GYAMAL HAZRA	22	M	DAUGHTER
5.	SALI HAZRA	95	F	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) गर्भी रोक के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जारा भरि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अवृत्त अवृत्त वर्ती प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप भरि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जारा भरि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

साधारणता हीन विद्ये नव्ये विनाशी का उद्देश्यः

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached लार्जेस्ट/हाइट से बड़ी को गई प्रतिवेदन मूली संस्पर्श
1.	DIAGNOSIS - CHARACTER
2.	SURGERY - LE (SICST + TOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
उसी उद्देश्य के लिए अन्य स्रोतों से विभिन्न स्रोत से मिला गया हो?

DECLARATION by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा कराया जाना:

- 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 प्रकाश करता हूँ कि इस प्रकाश में लिखे गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार आवश्यक एवं सत्य ही हैं। यदि कोई विवरण ऐसे बदलने आवश्यक एवं चाहता है तो मेरी जानकारी नियम की तरह ही है।
 - 2) मैं इस में जानकारी की "कोशिका चार्टर्स", में लिखा गया है, उसका उल्लंघन करने वाले को पुरी के लिए विवरण नहीं, जो इस प्रकाश में दिया गया है।
 - 3) मैं पुरी करता हूँ कि यह जानकारी केवल यह वाली काम के लिए विवरण मेरी जानकारी के लिए नहीं तो लिए हैं और न ही विवरण में दिया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पिकेंट द्वारा कराया)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकाश पर अप्पिकेंट द्वारा जानकारी की पुरी कराया हूँ कि "कोशिका चार्टर्स और जानकारी" को अप्रिकृत करता हूँ कि यह वाम, वात, चोंडे और जीव विवरण इस प्रकाश में दिया है, जो "कोशिका" द्वारा जानकारी, वाम, वात, चोंडे वाली विवरण में दिया गया है और उसकी अधिकारीयता वाली विवरण विवरण में दिया गया है। यदि इस प्रकाश में जानकारी वाली विवरण में यह वाम, वात, चोंडे और जीव विवरण में दिया गया है तो यह वाम, वात, चोंडे और जीव विवरण में दिया गया है।
 - 2) मैं (अप्पिकेंट) इस में जानकारी हूँ कि यह वाम, वात, चोंडे और जीव विवरण में दिया गया वाली विवरण के अन्तर्गत है युद्ध भवन; जानकारी का इकाया वाली विवरण इस मानव में "कोशिका" द्वारा उल्लंघन की जानकारी नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पिकेंट द्वारा जानकारी की पुरी कराया जाने का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पातल द्वारा कराया)

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:

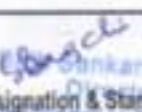
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इसकी अप्रिकृत, जानकारी की ओर से जानकारी को "कोशिका चार्टर्स" में दिया गया वाली विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पातल) निम्न जानकारी के समान वाली करते हैं।

- 1) यह कि न हो जानकारी और न हो भविष्य में दिया गया विवरण की ओर जानकारी संम्बन्धीय वाली विवरण में लिखी गयी तरह हो जानकारी की ओर जानकारी संम्बन्धीय विवरण में दिया गया है। यदि "कोशिका चार्टर्स" द्वारा जानकारी विवरण अप्रिकृत वाली विवरण में दिया गया है तो जानकारी विवरण की ओर जानकारी संम्बन्धीय विवरण में दिया गया है। यह पुरी के लिए वाम, वात, चोंडे वाली विवरण में दिया गया है। यह वाम, वात, चोंडे वाली विवरण में दिया गया है।
2. "कोशिका चार्टर्स" में लिखी गयी जानकारी विवरण अप्रूढ़ी ही है। एवं यह हस्पातल द्वारा यह वाम, वात, चोंडे वाली विवरण में दिया गया वाम, वात, चोंडे वाली विवरण है और "कोशिका चार्टर्स" द्वारा दिया गया वाम, वात, चोंडे वाली विवरण है। इन्हीं जानकारी में लिखी गयी जानकारी सुधार नहीं होती जाने की जानकारी दिया गया है।

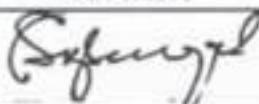
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संबंधित वाली विवरण की संम्बन्धीय

Date of Surgery अंगोदेश की तारीख 05.06.18	Dr. Arindam Deb  M.B.B.S, D.O., F.R.C.S Reg. No.-58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) इकाया का नाम व हस्पातल का नाम है।	Subrata Bagchi  (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital Centre) नाम व पद हस्पातल अप्रिकृत विवरण
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोधक उपयोग ही है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2

