

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of life
APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : K/0618/0528APPLICATION DATE : 11/06/18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम MALINA MALLIKAGE-YEARS आयु-वर्ष
68SEX लिंग
FFATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम SATISH MALLIK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DHULAGORI-1, SANKRALI, SADAR, HOWRAH,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय 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. स्थाई 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 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 सम्बन्ध
1.	MALINA MALLIK	68	F	SELF
2.	RATIKANTA MALLIK	46	M	SON
3.	KESTA MALLIK	43	M	SON
4.	PUSHPA MALLIK	41	F	DAUGHTER
5.	PROTAP MALLIK	39	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का चीथे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधि 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 (STICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि

- 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 श्रेष्ठता मानता हूँ कि इस प्रक्रम में दिने गये सभी विभाग गरी जायकारी के अनुसार काम एवं सही है। यदि कोई विभाग एवं कर्मचारी असमय पाया जाता है तो गरी सावधान विचार की जा सकती है।
- 2) गरी द्वारा के सावधान राशि "कोशिका काउन्टिंग", से ली जा रही है, उसका उपयोग उद्योग उद्योग की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में बना गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सावधान हेतु यह प्रक्रम की गई है, उस राशि का अधिक या कमाल विभाग किसी अन्य कोटि/प्रोसेस/सीमा कम्युनिटी से न ली गया है और न ही अधिक में लीया।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्षरता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाटोहरा और उसके ग्यासीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" एवम् ग्यासी, दान, पाचन/या दूधों उद्देश्य से जुड़ी विधि/विधियों और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मैं इस का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्ड के करने के लिए "कोशिका फाटोहरा" व ग्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्षरता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः साक्षरता का दायरदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ग्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

सर्वोच्च न्यायालय के अध्यक्ष के रूप में कार्य करेंगे।

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.

इससे अधिकतर, इसकाभी को और से पालने/पोषी को "बोशिका पाउन्डेशन" से विशेष सम्बन्ध होत सिद्धांत भी जारी है, जिसे इस (इसका) विन उपाय से पाल्य व स्वीकार करते है।

- 1) यह कि न तो सीमान और न ही अधिक्य में विविध साक्ष्यता किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य स्तर से उस ऐतिहासिक में लेने या ले रही है, जैसे कि हमने "अमेरिका फाउन्डेशन" से विपक्षित/विपक्षित उस को संस्था में "अमेरिका फाउन्डेशन" द्वारा मगर हेतु कि है। यह "अमेरिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्यता किसी अधिकार/संस्था हेतु प्रमाण नहीं दिया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्था में साक्ष्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वितीय मगर उस ऐतिहासिक हेतु किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।

2. "कौटिल्य कायदेश" से तो यह साफ़त बतल गिरी प्रकृति की है। ऐसी या इमजाल इस दी र्व सलत या किने गये उपर/प्रक्रिया का मुल्य ऐसी एवं इमजाल से र्वय का विषय है और "कौटिल्य कायदेश" इस किरी प्रकृति का कोई र्वय नहीं है। इसलिये इमजाल में ऐसी के इमजल मुल्य और जने जने की सारी विम्वेरी ऐसी एवं इमजाल की होती और "कौटिल्य" की कोई मुल्य या विम्वेरी इस सलत में नहीं होती।

सभीजाली के लिए संयुक्ति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/06/18	Dr. Arindam Deb MBBS, D.O., FRCS Reg. No. 58096 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)	Dr. Sanjay Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	