

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : K/0618/0602 APPLICATION DATE : 21/06/18
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SWAPAN BISWAS AGE-YEARS आयु-वर्ष 70 SEX लिंग M
आवेदक का नाम

FATHER/HUSBAND'S NAME : TARAPADA BISWAS
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
RAGINDRA PALLY, SHYAMNAGAR, NORTH 24
PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION : UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्यम 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	SWAPAN BISWAS	70	M	SELF

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIOS + IOL)

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

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

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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।

2) मेरी इस बात का आशय यही "बोडिफिक फंडेशन" से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का अतिरिक्त या अलग विवरण किसी अन्य कोटनिलेबल/कॉर्पोरेट कंपनी से जो मदद मिलेगी और जो भी भविष्य में मिलेगा।

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/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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, ये (अक्षरों में) अपनी छाया की छाप काटें हैं एवं "कोशिका परावरित और उसके ग्राहकों" को अधिकृत करते हैं कि वे आप, पता, फोटो और जो विभाग इस प्रश्न में रूचि है, उसे "कोशिका" दबक न्यासी, टाप, पाचक/पाक दूसरे उद्देश्य में मुद्री गतिविधियों और उपलब्धियों को लाने किसी भी प्रकार कायम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विभाग में प्रसार को पहले से बाद में करने के लिए "कोशिका परावरित" व न्यासी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

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.

हमारे अधिवक्ता, बंगलुरु की ओर से सम्बलेदोरी को "कॉन्सिदा फायरिंग" से मिलिय प्रमाणित हो सिधारित की जाती है, जिसे हम (बंगलुरु) निम्न प्रकार से मान्य व समीकार करते हैं:

(1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित प्रावधान किसी भी राजपूतों संस्था या किसी अन्य उद्योग से उक्त टोपीपट्टाओं में से किसी या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फायर-टोशन" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उक्त से संस्थाओं में "कोशिका फायर-टोशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोशिका फायर-टोशन" द्वारा प्रावधान निहित अधिकाधिकार हेतु मन्त्रालय नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी राजपूतों संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से प्रावधान लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा गहरा उक्त टोपीपट्टाओं हेतु किसी भी राजपूतों संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना-देना।

2. "कोशिका परावर्तन" से तो यह सामान्य अवस्था मिली प्रकृति की है। ऐसी या सम्भवतः इसी की ही प्रकृति का बिना लक्ष्य प्रकाश-प्रतिक्रिया का प्रकाश ऐसी ही सम्भवतः के बीच का विषय है और "कोशिका परावर्तन" इस किसी प्रकार का कोई प्रकाश नहीं है। इसलिए सम्भवतः में ऐसी के प्रकाश प्रकाश और अपने अपने की राती बिम्बित होती ऐसी ही सम्भवतः की होती और "कोशिका" की कोई प्रकृति या बिम्बित होती इस सम्भवतः में नहीं होती।

सभीकुली के लिए संरक्षित

21/06/18

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

आपका यह मन मे हमेशा मे रहि मे

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

यस्य च नर इत्येतत्तु अधिकृत अधिकारी

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यामी इच्छातः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भारतीय वास्तुशास्त्र २