

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. आवेदन संख्या :		K/0918/1111		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 06/09/18	
NAME of APPLICANT अर्जितक का नाम :		OM PRAKASH RAJBHAR		AGE-YEARS आयु-वर्ष :	SEX लिंग :
		48		M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्ताक्षर का नाम : AODHU RAJBHAR					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास पता HINAG OLD MULLAJOR ROAD, CL-12, GHATPARA, KANKINARA, NORTH 24 PARGANAS, 743126, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION : व्यवसाय : CONTRACT LABOURER					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय :		Rs. 2000 x 12 = 24,000/-		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्वयं पूछा संज्ञा					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं / जो लागू हो उस पर सही को निशान लगाएं। Yes / NO हाँ / 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 संबंध	
1	OM PRAKASH RAJBHAR	48	M	SELF	
2	ASHA RAJBHAR	40	F	WIFE	
3	SILPA RAJBHAR	17	F	DAUGHTER	
4	NIPA RAJBHAR	15	F	DAUGHTER	
5	RUPA RAJBHAR	17	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिनत्ति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की नोंद 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) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
“PURPOSE” for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे काम बिजली का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	DIAGNOSIS - CAPTACITILE				
2	SURGERY - LE (SIC 8710L)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME “PURPOSE” from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली 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 प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।

3) मैं यहाँ पर प्रमाणित करता हूँ कि मैं इस सहायता (ए) पर (परिवर्तन) को नहीं हूँ, इस राशि का भुगतान या समकल किसी किसी अन्य प्रोएग्रेडिबल/अपेक्षा सम्पत्ती से न हो लिय है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 to 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 तरह का अपने हस्ताक्षर का अपने को दावा लागू करने, यों (आवेदक) अपने सहस्रों को पुष्टि करता है एवं "कोशिका कारखाने और उसके न्यायोच" को अभिज्ञात करता है कि पेट नया, पता, फाँट और जो विज्ञान इस तरह में परिचित है, उसे "कोशिका" एषण न्यायो, दावा, वाचनार्थक दूसरे अर्थों में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए बिना की ज्ञाता मानस में प्रमाण करने के लिए अभिज्ञात है। जो धन का विज्ञान में इनका को पाने या बाद में करने के लिए "कोशिका कारखाने" व न्यायो अभिज्ञात है।

अपराध के दस्तावेज या अंगरे या निशान



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.

13. यह कि न तो कॉलेज और न ही अधिकांश विद्वित महापद्म किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त छोटी/मध्यम या बड़ी या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलेज फाउन्डेशन" से मिशनरी/प्रतिष्ठान उक्त को समर्थन में "कॉलेज फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलेज फाउन्डेशन" द्वारा महापद्म नियति अधिकांश/सकल हेतु मजबूत रही किया जाता है तो असमर्थता किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थाएं से महापद्म होने का अधिकांश सुनिश्चित रहता है। इस वृत्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि असमर्थता द्वितीय मदद उक्त छोटी/मध्यम हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लगाएंगी।

2. "कॉरेक्शन काउन्टेन्शन" से जो नई समस्याएं सामने मिली हैं प्रकृति की हैं। ऐसी पर हमारा उत्तर दो याँ सतह पर किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देते एवं हमारा कं धन का विषय है जो "कॉरेक्शन काउन्टेन्शन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमारा उत्तर में ऐसी को हटाने सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी देते एवं हमारा उत्तर में ऐसी को "कॉरेक्शन" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इन मामलों में नहीं होगी।

ACCEPTANCE
मन्जूर

REJECTION
नमन्त्र

06/09/18

Dr. Hari Shanker Nag
MBBS, MS. (OPHTH)
Reg. No. 65656
(Name of Dr. & Register No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी इस्ताफा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
स्वामी हज्जतार 2

SANCTIONED
मन्त्रालय

REJECTED
नामन्त्र

by

न्यासी हस्ताक्षर 2