

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: K10918/1197		APPLICATION DATE: 08/09/18		
NAME of APPLICANT: HASEM ALI LASKAR		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 73 SEX लिंग: M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: AYEDALI LASKAR				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता: KHAN NASKAR MONDAL PARA, KASHIPUR, BAMAN POKHRI, TOYNAGAR SOUTH LG, PARGANAS, 743387, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासस्थान पता: — AS ABOVE —				
OCCUPATION व्यवसाय: UNEMPLOYED				
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. सॉफ्ट कॉपी संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य 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 सम्बंध
1.	HASEM ALI LASKAR	73	M	SELF
2.	MOBIYA LASKAR	68	F	WIFE
3.	HABIRUN KHATUN	45	F	DAUGHTER
4.	MOJIB LASKAR	44	M	SON
5.	TIYARUL LASKAR	34	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिनिधित्व सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS-CATARACT-LE			
2.	SURGERY-LE (SICSAIOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के 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 Kothika 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 गारंटी करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि "योगिक फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उनी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।

3) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई है, उस राशि का अधिक या समतुल्य किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post/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 donation - 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 प्रकार का जगज्जगत्पथ का अंगरेजों को राज चलाने का, मैं (आविष्कार) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉन्सिडर काउन्सिल और दसवीं न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे यह समझें, चर्चा और जो विचार इस प्रकार में प्रकीर्ण हैं, उसे "कॉन्सिडर" स्वयं न्यासी, राज, राजपथ का दूसरे वर्णन से जुड़ी पहचानियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रभाव से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण यों प्रभाव के पड़ने का धार में करने के लिए "कॉन्सिडर काउन्सिल" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अध्यापक) इस बात से सहमत हूँ कि योग, ध्या, जादू और विषमता के कि सहायता के उद्देश्यों से प्रशिक्षित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कॉलेज" एपस उससे न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

भावेदक के सम्बन्ध में आगे का विचार



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 अधिकार, हमलक्ष्य की ओर से सामने/पानी को "कोशिका आन्दोलन" में विविध सहायता हेतु निवारण की जाती है, विशेष रूप (हमलक्ष्य) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो फॉर्मेशन और न ही भविष्य में डिप्लोमा महाविद्यालय किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से बना होगा/बनाने में लगे या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलेजियल फाउन्डेशन" से मित्रता/सहयोगिता बना के सम्बंध में "कॉलेजियल फाउन्डेशन" द्वारा पारर हेतु कि है। यदि "कॉलेजियल फाउन्डेशन" द्वारा महाविद्यालय विनियम अधिनियम/सबल हेतु धनुर जारी किया जाता है तो अस्मागत किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/धन से महाविद्यालय लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मागत डिप्लोमा पारर बना होगा/बनाने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से जारी होगा/लगेगा।

2. "बंशिका काउन्टेस" से जो गई माताका केवल बिलियन प्रकृति को है। ऐसी पर हस्तगत दृष्ट हो गई अतः य किने गये उपचार/प्रक्रिया का पुनः ऐसी एवं हस्तगत क योग का विषय है और "बंशिका काउन्टेस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीसे हस्तगत में ऐसी के इलाज पुरुष और आने जाने के साथ विम्पेरी ऐसी एवं हस्तगत की होगी और "बंशिका" को कोई ध्विजा या विम्पेरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निश्चय लगायें)		ACCEPTANCE सम्पूर्ण	REJECTION असम्पूर्ण
Date of Surgery अपरेशन की तारीख 08/09/18	 Dr. Hari Shanker Nag BBS, MS, (OPHTH) Reg. No. 65656 (Name of Dr. & Regit. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	 Dr. Hari Shanker Nag Director Medical & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसताल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED समन्वित	REJECTED समन्वित	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
			