

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Blocks of the Future		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/1218/1075		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि		3/12/18		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम			KESHAB DAS		AGE-YEARS वयस-वर्ष	75	SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम			BHAKTANARI DAS					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासी पता								
DARBESH PARA, CHIMTA, SOUTH 24 PARGANAS, 743328, WEST BENGAL								
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासी पता								
AS ABOVE								
OCCUPATION : व्यवसाय				UNEMPLOYED				
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				NIL				
PAN No. : पैन 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 लगायें)				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 सम्बन्ध			
1	KESHAB DAS		75	M	SELF			
2	BHAKTANARI DAS		67	F	WIFE			
3	NITAI DAS		40	M	SON			
4	NITAI DAS		26	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्न आधार								
BPL Card (Attach Card Copy) पीबी ईका के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एएस ईएस का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या निम्नी का उद्देश्य:								
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगरहित/दवाइयों की प्रतिलिपि संलग्न							
1	THALASSEMIA - CATARACT RE							
2	SURGERY - RE (SICAPOL)							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?								
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह सहायता कितनी				

DECLARATION by APPLICANT: **मार्गक द्वा संकेत नः**

- (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 Kashiwa 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.
- (4) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्णतया असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास भी हो सकती है।
- (5) मैं इससे कह रहा हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिली है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति में ही किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में माग गया है।
- (6) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि किसी दूसरे व्यक्ति या संगठन को नहीं है, जहाँ मुझे या मेरे परिवार के सदस्यों को किसी अन्य प्रकार का प्रतिपूर्ति/रोजगार/बिमा कंपनी के द्वारा मिलने वाला पैसा प्राप्त हो रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (below the line)

- 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-upreproduce 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या मोहरे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, मोहरे और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एडम्बल करें, पत्र, पत्राचारण द्वारा इंटरनेट से मुझे प्रचारित करें और उपस्थितियों में होने किसी भी प्रकार सम्मेलन में प्रदर्शित करने से हिन् अधिकृत है। मैं इसका विवरण मैं इसमें की जाने या कर में करने से हिन् "कोशिका फाउंडेशन" से भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, मोहरे और विवरण को कि सम्मेलन में प्रदर्शित में प्रचारित है मुझे सहायता। सम्मेलन का हस्ताक्षर भी करता। इस सम्मेलन में "कोशिका" एडम्बल करेंगे भरोसे अधिक और सम्मेलन को प्रचारित करेंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

असिंह के प्रसन्न वा अंग्रेजों का निरास



AGREEMENT by HOSPITAL (KFORM 001 4/84)

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.

क्या अधिक जानकारी की जाये? हमें आपकी प्रतिक्रिया के लिए धन्यवाद है।

- 1) यह कि न तो 'बौद्धिक और न ही शारीरिक' में किसी सामान्य बिंदु है। सामान्य शरीर या किसी अन्य शरीर से इस श्रेणी-पदों में होने या होना है, जैसे कि इन 'बौद्धिक पाठ्यक्रम' से निपटारी/प्रतिक्रिया उसका से सामान्य है 'बौद्धिक पाठ्यक्रम' इस तरह से है। यदि 'बौद्धिक पाठ्यक्रम' इस सामान्य बिंदु शारीरिक/मनसिक से गुजरती बिंदु जहां से तो सामान्य बिंदु है। अन्य है सामान्य शरीर या किसी अन्य सामान्य से सामान्य होने का अधिकार प्रमाणित करता है। इस प्रमाण में स्पष्ट कहा जाता है कि सामान्य शरीर पर उस श्रेणी-पदों से बिंदु है सामान्य शरीर या किसी अन्य सामान्य से नहीं लेना/लेना।
2. 'बौद्धिक पाठ्यक्रम' से ही न तो सामान्य शरीर शरीर प्रमाणित की है। शरीर या इसका इस ही है जहां या बिंदु से उपचार/प्रतिक्रिया का प्रमाण देने हुए इसका से शरीर का प्रमाण है और 'बौद्धिक पाठ्यक्रम' इस बिंदु प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसीलिए इसका में होने से इसका प्रमाण और जाने जाने को नहीं विवेचनी शरीर ही इसका को होने और 'बौद्धिक' को कोई प्रमाण या विवेचनी इस प्रकार से नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

संजीवनी के लिए संजुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/11/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 (Name of DC & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद, ई	Shish Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 શ્રી રામજી	SIGNATURE of TRUSTEE 2 શ્રી રામજી
	