

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता के लिए आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवाएँ)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION NO.: KI 1218 | 1000
प्राप्ति नंबर:

APPLICATION DATE: 01/01/12
प्राप्ति तिथि:

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम:

AGE-YEARS वय-वर्ष
३० M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम:

RAGHUNATH SHAW

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थान पर्याप्त
53 P.K. DISWAS ROAD, TILIGARH, KHURDAH,
NORTH 24 PARGANAS, 700117, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अधिक स्थान पर्याप्त

— AS ABOVE —

OCCUPATION:
पेशी

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष प्रमाण)

PAN No. ट्रैक नंबर प्रमाण

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
क्या आप जरूरी कर रहे हैं? (जो जगह हो तब वह आपकी जाति समझी जाती है)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS - परिवार विवरण

Sr. No. अंक संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	BISHESWAR SHAW	30	M	SELF
2.	CHARMELI SHAW	60	F	WIFE
3.	SUNITA SHAW	28	F	DAUGHTER
4.	ANITA SHAW	24	F	DAUGHTER
5.	DEEPTI SHAW	20	F	DAUGHTER
6.	AKHESH SHAW	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवेदन के लिए चिन्हित करें

SPL Card (Attach Card/Copy) एसपीएल के लिए प्राप्ति पर (प्राप्ति पर की स्थिति भी सेवन की)	EWS Certificate (Attach Certificate/Copy) एसएसएस के लिए प्राप्ति पर (प्राप्ति पर की स्थिति भी सेवन की)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्राप्ति पर की स्थिति भी सेवन की)	Any Other Basis/Proof अन्य की स्थिति
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आवेदन के लिए क्या निम्नीकरण उपर्युक्त:

Sr. No. अंक संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवेदन के लिए की गई डिलीवरी सुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT- RE
2.	Surgery- Rx (SICS+ IOL)

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
उपर्युक्त के लिए किसी अन्य स्रोत से किसी तरह से मिला करा दी?

Sr. No. अंक संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED किसी तरह साधारण रूप से

DECLARATION by APPLICANT: मार्गदर्शक द्वारा किया जाता है।

- 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 assurer/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

(1) मैंने यहाँ से यह बताया है कि मैंने यह सभी जितें नहीं अपनी नियमों के अनुसार प्राप्त किए हैं। यहाँ से यह बताया है कि मैंने यह सभी वित्तीय सहायता की लागत की है, जो कि मैंने अपनी नियमों के अनुसार प्राप्त किए हैं।

(2) मैंने यहाँ से यह बताया है कि "अधिकारी सहायता", जो यहाँ आया है, उसका उपयोग यही उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस बताया है कि यहाँ आया है।

(3) मैंने यहाँ से यह बताया है कि यह सहायता की लागत, जो यहाँ आयी थी, उसे कोई अन्य कानूनी वित्तीय सहायता की लागत से अलग नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (within 30 days)

- 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/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 virtual, 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 fulfilment 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 "purposes", 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) यह पत्र या लिखे हुए कागज पर अपने की कान सुनाकर, मैं (आवेदक) आवेदन कर्ता को यह पत्र द्वारा "सहायता प्राप्तिकर्ता की जांच नामक" को वरिष्ठ समाज के लिए योग्य का, योग्य और वे विभाग का बनाये जाना चाहिए है, जो "सहायता" एवं नामक, धरा, धरावाल या उन्हें वर्णित वे युद्धी योद्धाओं को उत्तमतम् तरीके से जाना वाला न होता बताए जाए अवश्य है। यह पत्र आवेदन की प्रक्रिया के बाहर या यह योग्य का कान सुनाकर द्वारा "सहायता प्राप्तिकर्ता" का नामक अवश्य है।

2) 4 (आवेदक) यह पत्र द्वारा कागज के लिए योग्य का, योग्य और वे विभाग की द्वारा योग्य का बनाया जाना चाहिए है "सहायता" योग्य और नामक का बहुत अच्छा लोगों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

and the other to print our firm.

Bishop was shown.

AGREEMENT for HOSPITAL (Nursing Unit)

By affixing her/his/their signature, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
hereby/hereunder affirm/s, warrant/s, declare/s the 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 renews 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 this regard.

प्रति वर्षीय रूप से एक विशेष अंगठी का "सहायता विभाग" द्वारा जनरल फैसलों की तुलना की जाती है।

- 1) यह कि ए वाली बात वह है कि विनियोगकारी विनियोग सम्पत्ति वाले वर्ष में उनका विनियोगकारी विनियोग सम्पत्ति में लाभ या हानि नहीं है, जैसे कि इसके "विनियोग सम्पत्ति" में विनियोगकारी विनियोग सम्पत्ति में विनियोगकारी विनियोग सम्पत्ति में लाभ या हानि है। यही कि इसके "विनियोग सम्पत्ति" में विनियोगकारी विनियोग सम्पत्ति में विनियोगकारी विनियोग सम्पत्ति में लाभ या हानि है। यही कि इसके "विनियोग सम्पत्ति" में विनियोगकारी विनियोग सम्पत्ति में लाभ या हानि है। यही कि इसके "विनियोग सम्पत्ति" में विनियोगकारी विनियोग सम्पत्ति में लाभ या हानि है।
 - 2) "विनियोग सम्पत्ति" में वह वर्ष वाला विनियोग सम्पत्ति वह है। यही कि इसका इष्ट वर्ष वाला विनियोग सम्पत्ति वह है। यही कि इसका इष्ट वर्ष वाला विनियोग सम्पत्ति वह है। यही कि इसका इष्ट वर्ष वाला विनियोग सम्पत्ति वह है। यही कि इसका इष्ट वर्ष वाला विनियोग सम्पत्ति वह है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अंडीका की तिथि ०५.०१.१८	 Dr. A. Kundu MSBS, MS Reg. No. 55157 (Name of Dr. & Sign, No. with Stamp) इनका का नाम व स्टेंप के सहित है	 Dr. Bhabani Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) एस. ए. बैचनी संकर अंडीका
---	--	--

202 INTERNAL USE - KOBUNKA FOUNDATION www.kobunka.go.jp

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE :
निवारी अधिकारी :

Safarjel

LicFB