

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: 12/1218/1725
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 4/12/18
आवेदन की तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

AGE-YEARS वय-वर्ष
60

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

SEX लिंग
F

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: प्रत्यक्ष बसाये जाने वाले
BANIBAN, GOLBERIB, DULOPUR, HOWRAH,
WEST BENGAL, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अत्यधिक बसाये जाने वाले

— AS ABOVE —

OCCUPATION:
अपना काम

HONG NAKER.

MARRIED (विवेचित) / UNMARRIED (विवेचित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NIL

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

PAN No.: अपने को कैसे संदर्भित करते हैं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable)
आपको जब टैक जाता है (जो याच को उस वर्ष सही का प्रियोनी करता है)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार की जिम्मेदारी

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष) 55 45	Gender लिंग F M	Relation with Applicant अपने से ज्ञात सम्बन्ध SELF- LAW LAW
1.	PADMA SANUI	55	F	SELF-LAW
2.	SWARAJI SANUI	45	M	LAW
3.	GOPAL SANUI			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवेदन के लिये जिसकी आवश्यकता है

EPL Card (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड के लिये इसका नाम (प्रकाश पर की गयी जाति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एड्स कार्ड का नाम (प्रकाश पर की गयी जाति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रकाश पर की गयी जाति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई जाति

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
आवेदन के लिये क्या जिसकी माफी चाही जाएगी?

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अपनी/परिवार के जीवी की गई जीवोंसे सूची जालना
1.	1. MAFQATI - CHAHLAT - LE
2.	2. Goonjari - LE (SICS+POL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिये और अन्य स्रोतों से जीवी की गई जीवोंसे सूची जालना की?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जीवी की जालना की गयी राशि



DECLARATION by APPLICANT. (अप्लिकेंट द्वारा केत्रणा)

- 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 घोषणा करता हूँ कि यह अप्लिकेशन में जानकारी में समृद्ध वर्णन कर रखा है। यह अप्लिकेशन के काम का उपयोग करना है तो इसका फ्रीडे भी उपलब्ध है।
 - 2) मैं यह नहीं कहता कि "कोशिका सहायता", जो यह करती है, उपयोग करने की उम्मीद की बिंदुओं पर आधारित है, जो यह अप्लिकेशन में दर्शाएँ रखा है।
 - 3) मैं यह नहीं कहता कि यह अप्लिकेशन में दर्शाएँ रखा गया उपयोग के काम के लिए इसका फ्रीडे उपलब्ध है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेंट द्वारा कराया)

- 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 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) यह अप्लिकेशन पर मेरी की जानकारी की तुलना करके कि "कोशिका सहायता" जो अप्लिकेशन में दर्शाया गया है, यह अप्लिकेशन के लिए उपलब्ध है, तो "कोशिका" द्वारा, यह, सम्बन्धित युक्ति अप्लिकेशन में दर्शायी गई अप्लिकेशन के लिए उपलब्ध है। यह अप्लिकेशन की उपलब्धता के लिए उपलब्ध है। मैं यह अप्लिकेशन की उपलब्धता के लिए उपलब्ध है। यह अप्लिकेशन की उपलब्धता के लिए उपलब्ध है।
 - 2) मैं (अप्लिकेंट) यह अप्लिकेशन में दर्शाया गया अप्लिकेशन की जानकारी के लिए उपलब्ध है। यह अप्लिकेशन की जानकारी के लिए उपलब्ध है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेशन पर छापा या अंगुष्ठी का निपात



AGREEMENT by HOSPITAL. (हास्पिटल द्वारा कराया)

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.

एवं अप्लिकेशन की जानकारी की तुलना करके "कोशिका सहायता" के द्वारा उपलब्ध होने वाली है, तो मैं (हास्पिटल) यह अप्लिकेशन के लिए उपलब्ध है।

- 1) यह अप्लिकेशन में दर्शाया गया अप्लिकेशन की जानकारी के लिए उपलब्ध है। यह अप्लिकेशन की जानकारी के लिए उपलब्ध है।

- 2) "कोशिका सहायता" की जानकारी के लिए उपलब्ध है। यह अप्लिकेशन की जानकारी के लिए उपलब्ध है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
सहीकृती के लिए चाहूँगी**

Date of Surgery अप्लिकेशन की तिथि	<p>Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 (Name of Dr. & Regt. No. with State) काशी कृष्ण अस्पताल, नोएडा, दिल्ली</p>	<p>Shubh Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) काशी कृष्ण अस्पताल कोशिका सहायता अस्पताल</p>
--------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोध कराया है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इकाई 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इकाई 2