

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/0110/2330

APPLICATION DATE: 07.01.2019

NAME of APPLICANT: A. MUTALU

AGE-YEARS: 31 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KARA GATTAGATA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KURUST BY LAKE, TETAGARH, SEDDHEESWARBHIT

NORTH 24 PARGANAS, 700110 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: SAME AS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का सक्षम संलग्न)

PAN No. (आप का आय कर संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	A. MUTALU	31	F	SELF
2.	RUKMINI	50	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-RE
2.	SURGERY-RE (SICS+IOL)

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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਨੋਖਾ ਹੁਕਮ ਬੰਦਾ ਕਰ:**

- 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 कबत हूँ कि इस प्रकार से दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सत्य कबत है तो मेरी उपाय विचार को या प्रभाव है।
- 2) मैं इस के अन्तर्गत एहि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या नहीं है, उसका उपयोग उक्त उद्देश को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार से परीक्षण है।
- 3) मैं यहाँ पर कबत हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत या उपाय को नहीं हूँ, उस एहि या अर्थिक या प्रभाव विचार किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न हो गया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to form)

- 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-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.

- 1) इस प्रश्न का ज़रूरी इलाज़ का ज़रूरी को कम लागत, मैं (अर्थदत्त) अपनी धन्यता को मुक्त करता हूँ "अर्थदत्त काट्टीरान और उसके ग्यारीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोविड है, उसे "अर्थदत्त" एनर्ज ग्यारीय, एन, आपनका एनर्ज इन्टरनेट से मुझे लिविगिथि और उपलब्धि में लिये किसी भी प्रकार सम्मान से इलाज़ करने में लिख अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज़ के पत्रों का नाम से करने में लिख "अर्थदत्त काट्टीरान" में ग्यारीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थदत्त) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और विवरण जो कि प्रश्न में उपलब्ध है मुझे प्राप्त; सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "अर्थदत्त" एनर्ज उसके ग्यारीयों का लिख अधिकृत और आपनकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आलेखन, चित्र प्रस्तुत कर, अंकित कर, विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 20 40X)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकतर भारतीयों की ओर से पालके/पेली को "बोलिया पाउन्डेशन" से मिलित सहायता हेतु निवेदित की जाती है, जिसे इन (इन्फान्त) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित साक्ष्यता किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त टेलीग्रामों में होने या हो जाने हैं, बल्कि कि इनमें "भौतिक साक्ष्यता" से निवारित/निषेधित उक्त के अन्वय में "भौतिक साक्ष्यता" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "भौतिक साक्ष्यता" द्वारा साक्ष्यता विधि अधिकांशतः हेतु मजबूत नहीं किया जाता है तो अन्वयता किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य साक्ष्यता से साक्ष्यता होने का अधिकतम सुनिश्चित करता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अन्वयता विधि स्पष्ट उक्त टेलीग्रामों हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य साक्ष्यता से नहीं लेना/लेनी।
2. "भौतिक साक्ष्यता" से ही एवं साक्ष्यता केवल विहित प्रकृति की है। ऐसी या इनप्रकार द्वारा ही एवं साक्ष्यता या विधि एवं उपचार/प्रक्रिया का प्रथम टेली एवं इनप्रकार के बीच का विषय है और "भौतिक साक्ष्यता" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीप्रकार इनप्रकार में टेली के द्वारा प्रत्यक्ष और अपने अपने की सारी निम्नोपरी टेली एवं इनप्रकार की टेली और "भौतिक" को कोई प्रक्रिया या निम्नोपरी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अग्नीकृतं च लिप्य संस्तुति

Date of Surgery 07-01-2019	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, Ph.D., DNB, FRF Reg. No. 14788 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	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 अन्तर्गत उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासे हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासे हस्ताक्षर 2
	