

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखापाल)	 Building Block of Life.		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K/0119/2380	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:			08/01/19
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	KESTA SAHA	AGE-YEARS उमेर-वर्ष:	61	SEX लिंग:	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:		RADHIKA MOHAN SAHA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: संतुलन समाजीय पत्ता 205/11/10, 13 AMMAM R ROAD, KATKURGANJ KOLKATA 700054 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: संतुलन समाजीय पत्ता — AS ABOVE —					
OCCUPATION: प्रवासन	CONTRACT LABOURER		MARRIED (प्रियंका) / UNMARRIED (अप्रियंका)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक वर्ष	RS. 1600 x 12 = 19200/-		(Attach Proof of Income) (वर्ष का साधारण संतुलन)		
PAN No. संख्या संख्या	ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप जरूरी कर रहे हैं (जो नाम ही उस पर मरी का निशान लगाएं):		Yes / No हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS परिवार संकाय					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	KESTA SAHA	61	M	WIFE	
2.	LALITA SAHA	53	F	DAUGHTER	
3.	MITHU SAHA	29	F		
4.	PITMI SAHA	26	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता हेतु लिये विचारित अधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गर्भीय रेता के दीर्घे प्रबल वर्ष (प्रबल वर्ष की जन्म तिथि संतुलन को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प व्यावहारिक प्रबल वर्ष (प्रबल वर्ष की जन्म तिथि संतुलन को)	Ration Card (Attach Copy) उपचारक वर्ष (प्रबल वर्ष की जन्म तिथि संतुलन को)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधारण		
“PURPOSE” for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये विचारी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कार्यालय से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संतुलन				
1.	MENOPAUSE- CONTRACT- RE				
2.	Splenectomy RE (SICUS+TOL)				
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					
31.					
32.					
33.					
34.					
35.					
36.					
37.					
38.					
39.					
40.					
41.					
42.					
43.					
44.					
45.					
46.					
47.					
48.					
49.					
50.					
51.					
52.					
53.					
54.					
55.					
56.					
57.					
58.					
59.					
60.					
61.					
62.					
63.					
64.					
65.					
66.					
67.					
68.					
69.					
70.					
71.					
72.					
73.					
74.					
75.					
76.					
77.					
78.					
79.					
80.					
81.					
82.					
83.					
84.					
85.					
86.					
87.					
88.					
89.					
90.					
91.					
92.					
93.					
94.					
95.					
96.					
97.					
98.					
99.					
100.					
101.					
102.					
103.					
104.					
105.					
106.					
107.					
108.					
109.					
110.					
111.					
112.					
113.					
114.					
115.					
116.					
117.					
118.					
119.					
120.					
121.					
122.					
123.					
124.					
125.					
126.					
127.					
128.					
129.					
130.					
131.					
132.					
133.					
134.					
135.					
136.					
137.					
138.					
139.					
140.					
141.					
142.					
143.					
144.					
145.					
146.					
147.					
148.					
149.					
150.					
151.					
152.					
153.					
154.					
155.					
156.					
157.					
158.					
159.					
160.					
161.					
162.					
163.					
164.					
165.					
166.					
167.					
168.					
169.					
170.					
171.					
172.					
173.					
174.					
175.					
176.					
177.					
178.					
179.					
180.					
181.					
182.					
183.					
184.					
185.					
186.					
187.					
188.					
189.					
190.					
191.					
192.					
193.					
194.					
195.					
196.					
197.					
198.					
199.					
200.					
201.					
202.					
203.					
204.					
205.					
206.					
207.					
208.					
209.					
210.					
211.					
212.					
213.					
214.					
215.					
216.					
217.					
218.					
219.					
220.					
221.					
222.					
223.					
224.					
225.					
226.					
227.					
228.					
229.					
230.					
231.					
232.					
233.					
234.					
235.					
236.					
237.					
238.					
239.					
240.					
241.					
242.					
243.					
244.					
245.					
246.					
247.					
248.					
249.					
250.					
251.					
252.					
253.					
254.					
255.					
256.					
257.					
258.					
259.					
260.					
261.					
262.					
263.					
264.					
265.					
266.					
267.					
268.					
269.					
270.					
271.					
272.					
273.					
274.					
275.					
276.					
277.					
278.					
279.					
280.					
281.					
282.					
283.					
284.					
285.					
286.					
287.					
288.					
289.					
290.					
291.					
292.					
293.					
294.					
295.					
296.					
297.					
298.					
299.					
300.					
301.					
302.					
303.					
304.					
305.					
306.					
307.					
308.					
309.					
310.					
311.					
312.					
313.					
314.					
315.					
316.					
317.					
318.					
319.					
320.					
321.					
322.					
323.					
324.					
325.					
326.					
327.					
328.					
329.					
330.					
331.					
332.					
333.					
334.					
335.					
336.					
337.					
338.					
339.					
340.					
341.					
342.					
343.					
344.					
345.					
346.					
347.					
348.					
349.					
350.					
351.					
352.					
353.					
354.					
355.					
356.					
357.					
358.					
359.					
360.					
361.					
362.					
363.					
364.					
365.					
366.					
367.					
368.					
369.					
370.					
371.					
372.					
373.					
374.					
375.					
376.					
377.					
378.					
379.					
380.					
381.					
382.					
383.					
384.					
385.					
386.					
387.					
388.					
389.					
390.					
391.					
392.					
393.					
394.					
395.					
396.					
397.					
398.					
399.					
400.					
401.					
402.					
403.					
404.					
405.					
406.					
407.					
408.					
409.					
410.					
411.					
412.					
413.					
414.					
415.					
416.					
417.					
418.					
419.					
420.					
421.					
422.					
423.					
424.					
425.					
426.					
427.					
428.					
429.					
430.					
431.					
432.					
433.					
434.					
435.					
436.					
437.					
438.					
439.					
440.					
441.					
442.					
443.					
444.					
445.					
446.					
447.					
448.					
449.					
450.					
451.					
452.					
453.					
454.					
455.					
456.					
457.					
458.					
459.					
460.					
461.					
462.					
463.					
464.					
465.					
466.					
467.					
468.					
469.					
470.					
471.					
472.					
473.					
474.					
475.					
476.					
477.					
478.					
479.					
480.					
481.					
482.					
483.					
484.					
485.					
486.					
487.					
488.					
489.					
490.					
491.					
492.					
493.					
494.					
495.					
496.					
497.					
498.					
499.					
500.					
501.					
502.					
503.					
504.					
505.					
506.					
507.					
508.					
509.					
510.					
511.					
512.					
513.					
514.					
515.					
516.					
517.					
518.					
519.					
520.					
521.					
522.					
523.					
524.					
525.					
526.					
527.					
528.					
529.					

DECLARATION by APPLICANT: આપણે દ્વારા કોઈ પણ

- 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.
  - 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.
  - 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 ऐसा करा हूँ कि यह प्राप्ति में दिए गए विवरण एवं जाहाजों के अनुसार सत् त्त्व पाती है; यदि कोई विवरण एवं कामना आपने करा है तो उसी विवरण की जगह है।

2) मैं इस जैसा नाम - "स्ट्रोक बालाकोश", से भी जाता हूँ, जिसका उल्लेख यही बोलचाल की शृंखला में दिया गया नाम है।

3) मैं अपने जैसे यह नाम का उल्लेख की चाहती हूँ, जो दूसरी जाति का व्यक्ति को लालिंग करने के लिए दिया गया नाम है।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or mark)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Kosika 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 Kosika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Kosika 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 अपर्याप्त सामग्री का उत्पन्न करने वाला, ये (जारीएक) अपर्याप्त सामग्री को उत्पन्न करता है एवं "कोलेक्शन बार्डरिंग" और उपर्योगी जैसे विभिन्न कागजों के लिए उपयोग करता है, इसे "कोलेक्शन" यद्युप-न्यासी, दार, वाचकाच तृतीय वर्तमान से युद्धी गतिविधियों को उपलब्धियों के लिए विद्युती वृत्त सामग्री से प्रभावित करने के लिए विभिन्न है। ये प्रकार का विभाग में इसका बहुत बड़ा वर्तमान का विभाग है एवं ये कागजों के लिए "कोलेक्शन बार्डरिंग" जैसी विभिन्न है।

2) ये (जारीएक) इस कागज से प्रभावित है जो यात्रा, यात्रा, यात्रा और विभाग एवं ये कि सामग्री को उत्पन्न करने वाली सामग्री को उत्पन्न करता है युद्धी वर्तमान सामग्री का उत्पन्न करने वाली विभाग। इस वर्तमान के लिए विभिन्न और अधिकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

and so many others.



AGREEMENT by HOSPITAL (Page 10 of 10)

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.

उन अधिकारी की जिसका नाम "सिंहल वास्तव" है उसके बाहर की भवित्व की जांच की गई थी। यहाँ तक (प्रयाप्त) यह दावा हो सकता है कि

- 1) यह कि वे जो साक्षर और न ही भवित्व में विशिष्ट सामग्री किसी ऐसी साक्षरी संस्कृत या विद्या अनुसार संस्कृत में लिखे या से लिखे हैं, जैसे कि इनमें "बोलिया चाहारेहार" से विविधांशिती उक्त एवं साक्षर ने "बोलिया चाहारेहार" द्वारा प्रयोग हुए हैं। यदि "बोलिया चाहारेहार" द्वारा सामग्री विशिष्ट विशिष्टांशकृत हो गयी तो यहां विद्या अनुसार साक्षरी संस्कृत या विद्या अनुसार संस्कृत सुनने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सामग्री द्वितीय प्रयोग उक्त उक्त उपर्याप्ति से हुआ विद्यार्थी।

2. "कॉलेज वर्षांनंदी" मेरी योग्यता कमी निश्चित प्रमुख चीज़ है। दोस्री योग्यता इस दौरे मेरी उपयोग/उपक्रिया का भूमिका दोस्री एवं इसका बोध का विषय है। और "कॉलेज वर्षांनंदी" इसकी प्रकार का कोई एकल नहीं है। असली इसका ये दोस्री को इसका सूक्ष्म और अन्तर्गत विषय है।

RECOMMENDED FOR APPROVAL

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अंतिम की तारीख	<b>Dr Arghya Das</b> MBBS,MS Reg. No. - 69372 <b>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp/Ch. Centre)</b>	<b>Sub Sankar Bagchi</b> Director <b>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</b>
08.01.2019		

FOR INTERNAL USE - KOBAYA FOUNDATION

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

SIGNATURE of TRUSTEE 2

20.04.2018