

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0119/2301

APPLICATION DATE: 08/01/19
आवेदन तिथि:NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम: LAXMI DUTTA

AGE-YEARS वय-वर्ष: 56 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम: MAYMATIKA KUMAR SENGUPTA

Koshika
foundation
Building block of life


PRESENT RESIDENCE ADDRESS: सम्बन्धित वासस्थान:

2/13, MITTIA MUTH DEY JADE / BELGAONIA
ROKKATE 700037 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी वासस्थान:

— AS ABOVE —

OCCUPATION: व्यवसाय: HOME MAKER

MARRIED (प्रधिक) / UNMARRIED (विवेचित)

TOTAL ANNUAL INCOME: वार्षिक कुल आय: NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का सापेक्ष संप्रमाण)

PAN No. प्राईवेट संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्षमता वाले आप का यह है (जो भवित्व में इस पर सही का विवरण दिया जाए)Yes / हाँ
No / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण:

Sr. No. इयां संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	LAXMI DUTTA	56	F	SELF
2	YASHLESH DUTTA	26	M	SPO
3	SUBHOBIT KUMARI DUTTA	50	M	SAY

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विवरित आधार:

BPL Card (Attach Card Copy) जनरीली लेडी के लिए उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र की जाति प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मध्यम आय की उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र की जाति प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपलब्ध कार्ड (उपलब्ध पत्र की जाति प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof जनरीली लेडी

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

महात्मा गंगा द्वारा दिये गए विवरों का उल्लेख:

Sr. No. इयां संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जाही बोग्य द्वारा दिये गए डिजिटल सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- R.
2.	SURGERY- R (SICSTOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उल्लेख के द्वारा कोई अन्य सहायता वित्ती अवधि उपलब्ध से लिया गया हो?

Sr. No. इयां संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED वित्ती गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेंट द्वारा कहना:

- 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.
- 4) मैं यहां परामर्श द्वारा दिए गए विवरों की सत्यापनी के अनुमति नहीं देता हूँ। यहां दिए गए कठाने का बाबा है तो मैं उसका विवर भी नहीं देता हूँ।
- 5) मैं इस जै समाज की "कोशिका प्राप्तिकर्ता", या ऐसी का चाहता हूँ, जोकि अपने दोनों भाई भी नहीं के लिए विवर देते, वह इस प्राप्ति का बाबा है।
- 6) मैं यूटीप काला हूँ और फैला हूँ यह प्राप्ति की चीज़ है, जो ऐसी का विवर यह उसका विवर भी नहीं देता है तो विवर है और न हो विवर नहीं देता।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेंट द्वारा करना)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 "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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्राप्ति का लाभ वास्तविक जो आपका जीवन की अवधि की अनुमति की यूटीप काला हूँ यह "कोशिका प्राप्तिकर्ता" को अधिकृत काला हूँ कि यह जब, घरों और जो विवर इस प्राप्ति में दर्शित है, उसे "कोशिका" द्वारा नहीं, एवं, याकाचार द्वारा उद्दीपन में नहीं दर्शितिकर्ता और उपलब्धिकर्ता के लिए विवरों की जाता व्यवस्था में दर्शित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस का विवर में इसके बारे में बताने के लिए "कोशिका प्राप्तिकर्ता" के नामी अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अप्लिकेंट) इस जै से समाज हूँ कि योग्य जाता, जल, घरों और जो विवर यहे कि याकाचार में उद्दीपनी में दर्शित है नहीं जाता; याकाचार का उद्दीपन यही जाता; इस समय में "कोशिका" द्वारा उपलब्धिकर्ता का विवर अद्वितीय और अव्यापकीय होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेंट के समाज का भावनीक विवर



AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा करना)

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:

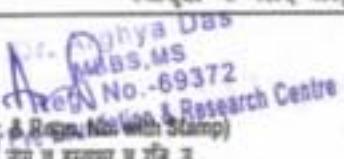
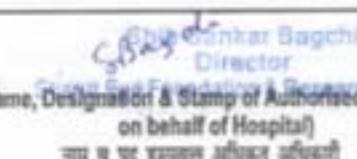
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इसी अधिकृत, उपलब्धिकर्ता की योग्यता की विवरी की जाती है, जिसे इस (हॉस्पिटल) विवर प्राप्ति का व्यवस्था कहते हैं।

- 1) यह कि मैं यह अधिकृत और न हो अधिकृत में विवर समाज की विवरों के बाबा उपलब्धिकर्ता में दर्शित करने के लिए विवर हूँ, जो यहे कि इसे "कोशिका प्राप्तिकर्ता" के विवरों के लिए इस जै समाज में "कोशिका प्राप्तिकर्ता" द्वारा नहर हूँ कि है। यही "कोशिका प्राप्तिकर्ता" द्वारा समाज विवरों की विवरी करते हैं जो समाज विवरों अन्तर्गत संख्या यह विवरों अन्तर्गत संख्या में समाज दर्शित करते हैं। इस यूटीप में उपर कहा जाता है कि समाज द्वितीय यात्रा उक्त उपलब्धिकर्ता में दर्शित की जाती है जो विवरों अन्तर्गत संख्या का विवर है।
- 2) "कोशिका प्राप्तिकर्ता" में यह योग्य उपलब्धिकर्ता दर्शित है कि होते यह समाज द्वारा यह विवरों एवं उपलब्धिकर्ता का चुकाव होते रहे समाज में दर्शित करते हैं और "कोशिका प्राप्तिकर्ता" द्वारा यह विवरों अन्तर्गत का योग्य उपलब्धिकर्ता है। इसीलिए इसमात्रा में दर्शित की जाती है कि यह विवरों अन्तर्गत योग्य उपलब्धिकर्ता है और "कोशिका" की योग्य उपलब्धिकर्ता का विवरों अन्तर्गत योग्य है।

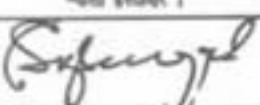
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संस्थानी के लिए गोपनीय

Date of Surgery अपेंडिसी की तारीख <i>08-01-2019</i>	 Dr. A. Bagchi, M.B.B.S, M.S. Registration No.-69372 Director, Koshika Foundation & Research Centre दायरों का नाम व इस्तेमाल करने वाले हैं।	 Dr. S. Bagchi, M.B.B.S, M.S. Director, Koshika Foundation & Research Centre नाम व वर्ष इसमात्रा अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अप्लिकेंट द्वारा दिए गए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इस्तेमाल 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इस्तेमाल 2

