

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)



APPLICATION No.: K/0119/2406
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 09/01/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: AJIBAR BADDI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 54
SEX लिंग: M

FATHER/SPOUSE'S NAME: KURMAN BADDI
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BARAHMACHAL, KUSHNABATI, AMBARAKA, MATH
24 PARHATAS 24 2126 WEST GARHAT

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: RICKSHAW PULLER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS-1600 x 12 = 19200
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्थायी राजस्व संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो कानून हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	AJIBAR BADDI	54	M	SELF
2.	JELEKA BADDI	46	F	WIFE
3.	SATDUL ISLAM	22	M	SON
4.	SHAHABUDDIN HOSSEIN	22	M	SON
5.	TAMAL HOSSEIN	18	M	SON
6.	RENUKA KHATUN	25	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 प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विपत्ति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	MAGNANUS- CATARACT L.
2.	SURGERY- LE (SAC + 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: आवेदनक हुन घोषणा यः

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण अथवा आंशिक रूप में गलत है तो मेरी सहमति निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का आश्वासन दूँगा कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पराजित है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकालीन किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ली गया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति देना)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप दबाने से मैं (अर्थात्) अपनी छावनी को सुचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रकाशित कर सकें, इसे "कोशिका" एजन्सियों, राज, सामग्रीयों द्वारा उद्देश्य से चुनौती निर्दिष्टियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो सकेगी करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रार का निवारण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भरोदारों अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और निवारण को कि कश्चित् को उद्देश्यों से प्रार्थित है कुछ सहायता का हस्तगत नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एजन्सियों उद्देश्यों का निर्णय अधिकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

...at present we are not



AGREEMENT by HOSPITAL (HSPH 200 000)

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 अतिरिक्त, इलाहाबादी की ओर से पाल्से/लेले को "कॉलेजियल फायरब्रेड" से चित्रित बहादुरा इंदु विचारों की जाली है, जिसे इन (इलाहाबादी) विचार प्रसार से मान्य व प्रतीकित करने है।

- 1) यह कि न तो अधिकांश और न ही अधिकांश में विविध सहायक किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐतिहासिकता में होने या हो गई है, जैसे कि इनमें "बौद्धिक सहायकता" में विविधता/विशिष्ट उक्त से सम्बंध में "बौद्धिक सहायकता" द्वारा गहरा होना है। यदि "बौद्धिक सहायकता" द्वारा सहायक विधि अधिकांश/सहायक होना मजबूत नहीं किया जाता है तो अधिकांश किसी अन्य भी सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक होने का अधिकांश सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अधिकांश विधि गहरा उक्त ऐतिहासिकता होना किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेनी।
2. "बौद्धिक सहायकता" से ही यह सहायक संस्था विविध प्रकृति की है। ऐसी या इस्तेमाल द्वारा ही यह सहायक या किसी भी उपसहायक/प्रतिभा का प्रभाव ऐसी एवं इस्तेमाल से बीच का रिश्ता है और "बौद्धिक सहायकता" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्तावेज नहीं है। इसीलिए इस्तेमाल में ऐसी से इस्तेमाल प्रकृति और अन्य जाने की सारी विनियमों ऐसी एवं इस्तेमाल से होती हैं और "बौद्धिक" की कोई अधिकांश या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

बच्चीकृतों के लिए संस्थाएँ

Date of Surgery अस्त्रांत की तारीख 09-01-2019	Dr. Alok Aggarwal MBBS, MS, Ph.D. (Genetics) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. अलोक अग्रवाल एम.बी.बी.एस. एम.एस.	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. संकर बागची निदेशक
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती बाबासाहेब	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती बाबासाहेब
	