

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0119/2468		APPLICATION DATE: 12.01.2019	
NAME of APPLICANT: PARYATI DEVI		AGE-YEARS: 60	SEX: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SARYUG DAS			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SARAHA SHEKHUPURA, BAROTIGRA, BTHAR, 811101			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			

OCCUPATION: HOUSE WIFE	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL	(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)
PAN No. साराखी खाता संख्या	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गंभीरता से चिह्नित करें)	
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.	PARYATI DEVI	60	F	SELF
2.	SARYUG DAS	78	M	HUSBAND
3.	SHAKUNTAL DAS	58	M	SON
4.	ANITA DAS	55	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के लेबे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरी सूची संलग्न
1.	DEADNESS-CATHARTIC-LE
2.	500mg-15 (BLOOD TEST)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा है:**

- 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 कबल (क) कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं; यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निराश की जा सकती है।
- 2) मैं प्रत्यक्ष यहाँ पर कबल (क) कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में दिया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल (क) कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न पूछा जा रहा है, उस पर किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (answer pp 40-41)

- 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/print-upreproduce 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) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठा छाप प्रमाणित करने पर, मैं (आवेदक) यहाँ से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करने के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में प्रमाणित हैं, जो कि "कोशिका" फाउंडेशन द्वारा, प्रकाशक द्वारा, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का प्रसारण मेरी इच्छा के बिना या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रसारण के उद्देश्यों के लिए प्रमाणित हैं, स्वतः स्वतः का अधिकार नहीं बनाते। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउंडेशन के ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अलेक्जेंडर की इच्छाएं का जंगल का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL. (WUWH 200 0000)

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.

इससे स्पष्ट है, इसका अर्थ भी और वे मूल्यहीनता को "कॉलिका काउन्टिंग" से निमित्त प्रमाणित हो विचारों की जाती है, जिसे इन (हमारे) किन प्रकार से मान्य व प्रतीत करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्विस और न ही पब्लिक में विलिंग साइकल बिजनेस के लिए सरकारी संरक्षण या किसी अन्य प्रकार से उच्च टैरिफ/प्रभुता में लाने या उसे खोलने, जैसे कि इनमें "कोलिका फायर-रेडार" या सिविलीज/बिजनेस उच्च को संरक्षण में "कोलिका फायर-रेडार" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोलिका फायर-रेडार" द्वारा साइकल बिजनेस कोलिका/फायर-रेडार हेतु गहरा नहीं किया जाता है तो अगला बिजनेस बिजनेस के लिए सरकारी संरक्षण या किसी अन्य संरक्षण से साइकल लेने या अधिकतर सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में उच्च बड़ा जाता है कि अगला विलिंग गहरा उच्च टैरिफ/प्रभुता हेतु बिजनेस के लिए सरकारी संरक्षण या किसी अन्य साधन से नहीं लोपा/लेने।
2. "कोलिका फायर-रेडार" को लाने में अगला कोलिका विलिंग इच्छा की है। टैरिफ या इच्छा द्वारा ही लाने या बिजनेस को उच्च/उच्च/उच्च या लाने को उच्च/उच्च/उच्च या लाने को उच्च/उच्च/उच्च को लाने या लाने है और "कोलिका फायर-रेडार" द्वारा बिजनेस उच्च का कोलिका लाने की है। इच्छा में अगला में टैरिफ को उच्च/उच्च/उच्च और लाने लाने की लाने बिजनेस टैरिफ उच्च/उच्च/उच्च को लाने और "कोलिका" को कोलिका विलिंग बिजनेस लाने में लाने लाने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सुखीकृतो ज्ञेयः संपन्नः

Date of Surgery अस्त्रकरण की तारीख 12.01.2019	Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DNB, FRCS Reg. No. - 50971 (Name of Doctor & Registration Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तफा व रजि. नं.	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तफा व अस्त्रकरण केंद्र
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्द्रनाथ 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्द्रनाथ 2
	