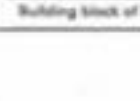


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: K/0119/2477 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 14.01.2019 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: SUNIL DEY आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 64 वर्ष-वर्ष	SEX: M लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MADAN DEY पिता/सहोदर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्हिपुरा जमशेदपुर पहाड़ BARIIPARA JAMSHEDPUR P.H., PURLA 723121 WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: UNEMPLOYED					
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)			
PAN No. सवाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (को मंजूर हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं।)					
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 से संबंध	
1.	SUNIL DEY	64	M	SELF	
2.	ATYA DEY	60	F	WIFE	
3.	UTAM DEY	28	M	SON	
4.	MALAY DEY	25	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने बिना का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (STICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त गयी 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: ज्ञानेश्वर डग धेवन वः

- 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 कतार दूँ 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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि यदि "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता मिलती है, तो वह केवल उसी उद्देश्य के पूर्ति के लिये प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रश्न में वर्णित है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं इस सहायता से न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (only for WUK)

- 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/post-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 प्रश्न का जवाब इसका या कोई भी डॉक्टर, नर्स (आयुर्वेद) जलदी साधन की सुविधा प्राप्त है एवं "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टी" को अधिकृत करता है कि वेग नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एन. एम. एन. एन. एन. एन. से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को तब तक प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का विवरण की सुविधा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व जलदी अधिकृत है।
- 2) मैं (आयुर्वेद) इस बात से सहमत हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और विवरण को कि जलदी से उपलब्ध है सुविधा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका" एन. एम. एन. एन. एन. से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को तब तक प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अभिषेक, श्री गुरुदेव का अर्पण है।

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL DO NOT)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Koshika) 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 इस्लामी को और से पापलेखने को "कोशिश" मान्यते से विधि पाया है। सिफारिश की जाती है, किसे इन (इस्लाम) विधि प्रकाश से मान्य न मानी जाये।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में शिष्टि साबित किसी भी सरकार संघ या किसी अन्य राज्य से उस टेलीफोन से ली या ले गई है, जैसे कि इन "कोलिका फायनैस" से शिष्टि/शक्ति/शक्ति उस से संघ में "कोलिका फायनैस" द्वारा गहरा हो कि है। यदि "कोलिका फायनैस" द्वारा साबित शिष्टि शक्ति/शक्ति हो चुका नहीं कि यह जगह है तो संघ में किसी अन्य भी सरकार संघ या किसी अन्य संघ में साबित लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि संघ में शिष्टि गहरा उस टेलीफोन से हो कि साबित संघ या किसी अन्य संघ से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोलिका फायनैस" से ली गई साबित शक्ति शिष्टि शक्ति की है। लेने या इस्तेमाल द्वारा ही यह साबित या किने गये उपचार/प्रक्रिया का प्रथम टेली एवं इस्तेमाल से संघ का विधान है और "कोलिका फायनैस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिये इस्तेमाल में टेली से इस्तेमाल सुझा और गये जाने की शक्ति शिष्टि/शक्ति टेली एवं इस्तेमाल की टेली और "कोलिका" की कोई शक्ति या शिष्टि/शक्ति इस साबित में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अग्नीकृती चो विदुषो संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12.01.2019	 Dr. A. Kundu MSBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पद	 Shiba Shankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत प्रयोग केवल

अनुसूचित जातों के बेटे

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इनामदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इनामदार 2
	