

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: 12/0159/2647 आवेदन संख्या:			APPLICATION DATE: 18/01/19 आवेदन तिथि				
NAME of APPLICANT: ALAKA MALIK आवेदक का नाम			AGE-YEARS उम्र-वर्ष 52		SEX लिंग F		
FATHER/SPOUSE'S NAME: SUPAL MALIK पिता/हस्ताक्षर का नाम							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 115 DUTTABHAD ROAD, BHANUR TOLA, BAHAMNAGAR, CC BLOCK, NORTH 24 PARGANAS, HOOGLY DIST. WEST BENGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता = As Above =							
OCCUPATION : Cook. व्यवसाय					MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐		
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1500 x 12 = 18000/- कुल वार्षिक आय					(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. एवं खाता संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य 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 सम्बन्ध			
1	ALAKA MALIK	52	F	SELF			
2	SUPAL MALIK	65	M	HUSBAND			
3	BAPPA MALIK	27	M	SON			
4	PAMPA MALIK	26	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या बिमारी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1	Diagnosis - CATARACT LE						
2	Surgery - Lc (Surgent)						
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 ती गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: **জানকি চাঁদ খাঁন** যা:

- 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 यत्नपूर्वकता से यह घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं स्पष्ट रूप से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से ही कर रहा हूँ, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्नपत्र में पता किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या अधिकतम हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (सहस्र प्रो. ४०४)

- 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 प्रश्न का जवाब इसलिए या नहीं देने का मतलब है, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्य को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटें और जो विवरण इस प्रश्न में जोड़ा है, उसे "कोशिका" एजन्सियों, राज, व्यवस्थाएँ द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। ये प्रश्न का विवरण यदि इनमें से किसी एक या सब से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटें और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" एजन्सियों, राज, व्यवस्थाओं का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ਅੰਦਰੂਨੀ ਅਤੇ ਬਾਹਰੀ ਸੰਬੰਧਾਂ ਵਿਚ ਸੰਤੁਲਨ



AGREEMENT by HOSPITAL. (HOSPITAL USE ONLY)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकतर, हालांकि की ओर से गणतंत्र/राष्ट्र की "बोशिका फाटने" से निमित्त साक्षात् हेतु विचारित की जाती है, जिसे इन (इसका) किन प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अंशुपन की तारीख 18/01/19	Dr. Dhananjay Giri 8885.MS Reg. No. - 60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) सुक्रुमल का नाम व सम्पर्क नं. उ	Dr. Sankar Bagchi Director Sukrumal & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद सम्पर्क अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION गान्धिकी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इशराम 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इशराम 2
	