

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: K/0119/2656 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 19/01/19 आवेदन तिथि				 	
NAME of APPLICANT: ZULEKHA KHATUN आवेदक का नाम		AGE-YEARS जन्म-वर्ष 59		SEX लिंग F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD. HUSSAIN पिता/सहोदर का नाम							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता 45/A/2 CANAL EAST ROAD NARKELDANGA KOLKATA 700011, WEST BENGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता - AS ABOVE -							
OCCUPATION: DOMESTIC HELP. व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 900x12 = 10800/- कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. स्थायी 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 हाँ / 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 से क्या संबंध			
1.	ZULEKHA KHATUN	59	F	SELF			
2.	ABDUL RAHIM	51	M	HUSBAND			
3.	PARYES ALAM	36	N	SON			
4.	MUHAMMAD ALAM	32	N	SON			
5.	REHANA TABASHUM	29	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए कितने आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के दोबरे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मंजूर करने का उद्देश्य:							
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न							
1. DIAGNOSES - CATARACT - LE							
2. SURGERY - LE (STC'S-HOL)							
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 उसी गंत्य सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: महोदय प्रो. विष्णु 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 कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी प्रार्थना निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रत्यय में प्राप्त की गई सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रत्यय में परामर्श है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं इस प्रत्यय के माध्यम से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता प्राप्त करूँगा और न ही किसी भी स्रोत।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to with)

- 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-up/republish 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 उपर या अपने इच्छा या अंग्रेजी की क्षमता, मैं (अर्थात्) अपनी पहचान की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोचर" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस उपर मैं संश्लिष्ट है, उसे "कोशिका" एगम् न्यायोचर, एन, फाउंडेशन एगम् उत्प्रेषण से मुझे अधिभूतियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्राप्त करने में लिप्त अधिभूत है। मेरे उपर का विवरण मेरे इच्छा में रहने या न करने में करने को लिप्त "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायो अधिभूत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि छात्रावास को उत्प्रेषण से प्राप्त है मुझे स्वतः छात्रावास का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एगम् उसके न्यायोचर का निर्णय अंतिम और सम्प्रदायी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आलेखक डॉ. इश्वरदास यादव आंगरे का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL (WORTH 200 WORDS)

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.

हमने अतिशय आसानी से जोर से गाने/लेखों को "कोशिका प्रजापति" से विभिन्न सभाओं में प्रस्तुत की जाती है, जिसे हम (हमारे) विभिन्न प्रकार से गाने व लेखन करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सन्धीकृतो को लिपि संस्कृति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 19/01/19	 Dhananjay Giri MBBS, MS Reg. No. - 60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) आचार्य डॉ. धनंजय गिरि आचार्य डॉ. धनंजय गिरि	 Shibi Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. शिबी संकर बैगची डॉ. शिबी संकर बैगची
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इशराफा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इशराफा 2
	