

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. : K/2019/ 2672

APPLICATION DATE : 19/04/19

NAME of APPLICANT : KALIDASHE MALEK

AGE-YEARS : 70

SEX : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : SETAL PRASAD SHING

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

KANTATALA JARDAHA KAPASATI, SOUTH 24
PARGANAS 743502, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

= AS ABOVE =

OCCUPATION : HONE MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(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 पक्ष इस पर सही का निश्चय लेंगे)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.	KALIDASHE MALEK	70	F	SELF
2.	SUBHASH MALEK	46	M	SON
3.	PRAVAT MALEK	45	M	SON
4.	SEKHA MALEK	39	F	DAUGHTER
5.	SATBANI MALEK	36	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिये 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विपत्ती का वर्णन:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाविवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS - FOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये 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.
- 4) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रारूप 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 निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात को सहायता यहाँ "उद्देश्य" कहा जाता है, जो सही या सही है, प्रत्यक्ष उपयोग के उद्देश्य को पूरित करने के लिए दिया जायेगा, जो इस प्रारूप में दिया गया है।
- 6) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायता से या अन्य स्रोतों से इस प्रारूप में दिये गये विवरण के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या तो निरस्त है और या ही सहायता में सहायता

AGREEMENT by APPLICANT (circle 1 or 2)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनालय द्वारा उत्प्रेषण से जुड़ी विविधियों और उपस्थितियों को लिखे बिना भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने में निम्न अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण यदि प्रत्यक्ष में प्रश्न के माध्यम से करने में निम्न "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उत्प्रेषण से अधिकृत है मुझे स्वतः सहायता का हक्का नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

સાહેબે એ જાણતો જ નહોતો કે એણે આ વિચાર



AGREEMENT by HOSPITAL (WHEN TO SIGN)

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, इसकाफ़ी भी ज़ोर है गणपतिदेवों को "बोलिया कागजोहन" से बिलिप चलायना हेतु विपरीत की जाती है, जिसे इन (इसकाफ़ी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो जीवन और न ही परिणाम में विविध साक्ष्यता किसी भी सामग्री संभवतः या किसी अन्य स्तर से उच्च ऐतिहासिकता में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका चक्र-रेखा" से लिपिबद्ध/विशेष उच्च के समान में "कोशिका चक्र-रेखा" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोशिका चक्र-रेखा" द्वारा साक्ष्यता विविध स्वीकृत/सफल हेतु प्रकृत नहीं किया जाता है तो अवगत किसी अन्य भी सामग्री संभवतः या किसी अन्य स्तर/स्तर से साक्ष्यता लगे का स्वीकृत सुनिश्चित उच्च है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अवगत टिप्पणी पर उच्च ऐतिहासिकता हेतु किसी भी सामग्री संभवतः या किसी अन्य स्तर/स्तर से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका चक्र-रेखा" से लगे या साक्ष्यता संभव विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इन्फॉर्मेशन द्वारा ही यह साक्ष्यता या बिन्दु को उपस्था/प्रक्रिया का मुख्य ऐतिहासिकता एवं इन्फॉर्मेशन के बीच का विषय है और "कोशिका चक्र-रेखा" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीसे इन्फॉर्मेशन में ऐतिहासिकता के द्वारा ही इन्फॉर्मेशन और उच्च जाने की सही विनिर्देशों ऐतिहासिकता एवं इन्फॉर्मेशन की सही प्रकृति या विनिर्देशों इस सफल में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अस्त्रकरण की तारीख 19/01/19	 Anjanjay Giri MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 50578 District Hospital, Gorakhpur	 Sanjay Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नम व रर इम्पल अथिपुत अथिपुत
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग केवल

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इश्वर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इश्वर 2
	