

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0009 / 2789		APPLICATION DATE: 24/01/19			
NAME of APPLICANT: BIMAL KUNDU		AGE-YEARS 60 SEX M			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PRANHARI KUNDU		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KULBARI, BAYANAGACHI, NORTH 29 BARGANA, 532218, WEST BENGAL.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: PARMER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1300 x 12 = 14600/-		(Attach Proof of Income)			
PAN No. XXXXXX1234					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No			
☒ हाँ / ☐ नहीं क्या आप आय कर दाता हैं (जो फोन हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ)					
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	BIMAL KUNDU	60	M	SELF	
2	DOLY KUNDU	52	F	WIFE	
3	SANJIT KUNDU	30	M	SON	
4	SIMBA BOY	23	M	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे नये विधि का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सुची संलग्न				
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2	SURGERY - LE (Surgical)				
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 ली गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: NONE ON THIS VE.

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य समझ आता यात्रा भुगतान है तो मेरी सहायता निमित्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से यात्रा भुगतान को नहीं करूँगा। उस राशि का अतिरिक्त या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING EMPLOYMENT)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब इसकाया या जगदीश को ज्ञान संप्रदाय, वी (आर्चक) जगदीश साहनी को प्रति काया है एवं "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टीज" को अधिकृत काया है कि वेद, गान, यज्ञ, योनि और जो विचार इस प्रश्न में वर्णित हैं, इसे "कोशिका" एवं जगदीश, राज, सारस्वत एवं इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को विवेक विज्ञान को प्रसारित करने में लिखें अधिकृत है। वेद प्रश्न का विचार वेद ज्ञान के ज्ञान का ज्ञान से करने में लिखें "कोशिका फाउंडेशन" व जगदीश अधिकृत है।
- 2) वे (आर्चक) इस काया में सहमत हैं कि वेद, गान, योनि और विचार जो कि इसकाया को इत्यादि से प्रसारित है ज्ञान संप्रदाय का ज्ञान नहीं काया। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं जगदीश जगदीश को विवेक विज्ञान और सारस्वत को ज्ञान:

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

...and the ...



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL DU NORD)

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.

हमने अधिकतम बचतकारी को और से सम्मान देने को "बॉलिवुड फायरब्रेन्ड" से विशेष सम्मान देते निर्धारित की जाती है, जिसे हम (अनन्तल) फिर प्रकाश से सम्मान न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो अधिका और न ही अधिका में द्वितीय अक्षरालय किसी नैर साधारणी संरचना या किसी अन्य रचना से उच्च लेणी/पक्षाली में लेनी या ले राई है, जैसे कि इनमें "अधिका पाठ-लेखन" लिपि/लिपि/लिपि उच्च की संरचना में "अधिका पाठ-लेखन" द्वारा गहरा होना है। यदि "अधिका पाठ-लेखन" द्वारा अक्षरालय लिपि अधिका/अक्षरालय होना समुदाय की क्रिया ज्ञात है तो अक्षरालय किसी अन्य नैर साधारणी संरचना या किसी अन्य संरचना से अक्षरालय लेने या अधिका/अक्षरालय रचना है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अक्षरालय द्वितीय गहरा उच्च लेणी/पक्षाली होना किसी नैर साधारणी संरचना या किसी अन्य संरचना से नहीं लेणी/पक्षाली है।
2. "अधिका पाठ-लेखन" से लेनी नई अक्षरालय लेनी लिपि/लिपि/लिपि को है। लेनी या अक्षरालय द्वारा लेनी नई अक्षरालय या लिपि लेनी अक्षरालय/अक्षरालय या अक्षरालय लेनी नई अक्षरालय की लेनी या लिपि है और "अधिका पाठ-लेखन" द्वारा किसी उच्च या अधिका/अक्षरालय लेनी है। अधिका/अक्षरालय में लेनी की अक्षरालय अक्षरालय और अन्य लेनी की अक्षरालय लिपि/लिपि/लिपि लेनी नई अक्षरालय की लेनी और "अधिका" को अधिका या लिपि/लिपि/लिपि इस पक्षाली में लेनी लेनी है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सन्दीपकाली को दिग्ग संभ्रान्ति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 24/04/19	Dr. Arumita Ray MBBS, MS, FPOS Reg. No. 18853-AMC (Name of the Surgeon, M.D. with Stamp) Surgeon-in-Charge, Health Centre	Shankar Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) कमिश्नर स्वास्थ्य अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

असह्यिक उपस्थिति हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 महोदय 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 महोदय 2
	