

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION No. : K/0119/2842				APPLICATION DATE : 25/01/19	
NAME of APPLICANT : CHHABE DAS				AGE-YEARS : 59	SEX : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SATYA DAS					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : RANGPABA, MADHUSUDANPUR, SHIBKALINAKAR, KARDWIP, SOUTH 24 PARGANAS, 743554, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : HOUSE WIFE				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL				(Attach Proof of Income)	
PAN No. : [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				Yes / No	
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)				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.	CHHABI DAS	59	F	SELF	
2.	SATYA DAS	66	M	HUSBAND	
3.	MURARI DAS	38	M	SON	
4.	PRAMELA DAS	34	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुप्राप्त/दॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CHANCERY - RE				
2.	SURGERY - RE (SIGES + 101)				
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 वही गई सहायता राशि			



DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☒ NO

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "बोर्डिंग फायरेंडल", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाने, जो इस प्रश्न में बतिया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का जोरिख या सफल दिखाने किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (DATE DO NOT)

- 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/produce 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्यी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दान, समारोहों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में यादों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्राप्त करने के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य गतिविधियों का निर्णय अधिकार और माध्यमों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके हक में हमारा यह संकेत है कि निम्नलिखित

AGREEMENT by HOSPITAL (बिपुल डी कपूर)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospitals) 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 इस्लामीतों को और से पापलेखों को "कॉलिफा पापलेख" से विभिन्न प्रकार के विचारों को पाली है, जिसे इन (इस्लामीत) विभिन्न प्रकार से पाली व पालीय पाली है।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विशेष उल्लेख किसी भी साकारो संस्था या किसी अन्य शक्ति से उसका ऐतिहासिक संबंधों में होने या होने का है, जैसे कि इसमें "कोशिका प्रजापति" से निर्माण/संरक्षित उसका कोई सम्बन्ध नहीं "कोशिका प्रजापति" द्वारा प्रारंभ होता है। यदि "कोशिका प्रजापति" द्वारा संस्थापित किसी अधिकार/कक्षा से प्रारंभ नहीं किया जाता है तो संस्थापित किसी अन्य भी साकारो संस्था या किसी अन्य संस्थापन से संस्थापित होने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि संस्थापित द्वितीय चरण उसका ऐतिहासिक संबंधों में किसी भी साकारो संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं होता/होती।
2. "कोशिका प्रजापति" से ही यह संस्थापित संस्था निर्मित प्रकृति की है। ऐसी चर इकायाएं इससे ही संस्थापित या किये गये संस्थापक/अधिकार या प्रारंभ होने एवं संस्थापित को बीच का विषय है और "कोशिका प्रजापति" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए संस्थापित में ऐसी कोई इकाया/संस्था और होने वाले को नहीं विभेदित/ऐसी एवं संस्थापित को होती और "कोशिका" को कोई अधिकार या विभेदित/ऐसी इकाया होने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सन्दीकृतो मे लिख संस्तुति

Date of Surgery अतिरिक्त की तारीख 25/01/19		Dr. Alok Agrawal M.B.S., M.S., Ph.D. (Surgery) Reg. No. 123789 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद		Dr. Sanjay Singh Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. संजय सिंह सचिव व पर इलाका अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 अध्यक्ष इलाका			SIGNATURE of TRUSTEE 2 अध्यक्ष इलाका 2		
					