

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.: K/0119/2849

APPLICATION DATE: 28/01/19

NAME of APPLICANT: NARAYANI PAUL

AGE-YEARS 64

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GURJA PAUL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: METELA, GOBINDAPUR, BURDHUM, 731123, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. (आप का आय कर पहचान संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 संबंध
1.	NARAYANI PAUL	64	F	SPLF
2.	UTAM PAUL	41	M	SON
3.	GOUTAM PAUL	38	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ 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 किये गये निम्नीय उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE / SICS + IOL

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 ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निराश की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का यकीन करता हूँ कि "कौशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि जिस प्रार्थना हेतु यह प्रश्न पूछा जा रहा है, उस मदद का व्यय किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach 100-101)

- 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/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 उत्तर इसप्रकार या किसी भी रूप लक्षणक, यै (आलेखक) अपनी सामग्री को चुन करण हैं एवं "कॉलिका" पराद्वेशन और इससे न्यायीय " को अभिवृद्ध करण हैं कि येस पत्र, पत्र, कोटी और जो विचार इस प्रश्न में अभिवृद्ध है, इसे "कॉलिका" एवम् न्यायी, पत्र, लक्षणक एवम् उद्देश्य से चुनी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सम्भव से इजाजत करने को लिख अभिवृद्ध है। येी प्रश्न का विचार येी इरादा को पालने या लाने से करने को लिख "कॉलिका" पराद्वेशन" या न्यायी अभिवृद्ध है।
- 2) ये (आलेखक) इस बात से साबत हैं कि येस पत्र, पत्र, कोटी और विचार जो कि साक्ष्य को उद्देश्यों से इजाजत है चुने जता: साक्ष्य का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉलिका" एवम् इससे न्यायीय का विशेष अतिम और सम्भवकारी होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकांश के गुणधर्म वे अंगों का स्थान



AGREEMENT by HOSPITAL. (WHEN THE WORK)

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.

इससे अधिकतर, इस्लामी भी और वे पाकिस्तानी भी "कोशिश" कर रहे हैं। वे विभिन्न साधनों से विचारित भी करते हैं, जिसे हम (इस्लामी) फिर प्रसार से प्रसार में प्रसार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही सर्वजन में विभिन्न सहायता किसी एक साधारण संस्करण या किसी अन्य प्रकार से उच्च लेवेल/ग्रेड में होने या हो रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोलिका फाउन्डेशन" से विभिन्न/विभिन्न उच्च को संभव में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिक/अवसर हेतु प्रचुर नहीं किया जात है तो अवसरान किसी अन्य एक साधारण संस्करण या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित राखत है। इस भूमि में स्पष्ट कहा जात है कि अवसरान द्वितीय प्रारंभ उच्च लेवेल/ग्रेड में हेतु किसी एक साधारण संस्करण या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेती।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इन्दीवरी के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/04/19	 Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DMS, FRCS Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद	 Shish Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

FOR INTERNAL USE OF ROYALTY COLLECTION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 पदाधीन हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 पदाधीन हस्ताक्षर 2
	