

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				 Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0419/0007		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
		01/04/19			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		KALIPADA TANTUBAI		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
		55		M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम		NIRARAN TANTUBAI			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता					
LARG GARDEN, LAKHAPUR, SONAPUR SOUTH IN PARAGANES HOUSES, WEST MANGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता					
— AS ABOVE —					
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
LABOURER					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
RS. 1700 X 12 = 20400/-					
PAN No. स्थाई 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 निशान लगावे)					
Yes / No हां / नहीं					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
1.	KALIPADA TANTUBAI	55	M	SELF	
2.	SARDHYA TANTUBAI	52	F	WIFE	
3.	RAHUL TANTUBAI	27	M	SON	
4.	RUMA TANTUBAI	28	F	DAUGHTER	
5.	SOMA TANTUBAI	23	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSES - CATARACT - RE.				
2.	SURGERY - RE (SECS 7101)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: **अवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी दायरे में सहायता एवम् "कौशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त होगी है, अथवा उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रक्रम में परा गत है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एवम् का अर्थिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्श्वरक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरा विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दाता, साधक/पुजारी द्वारा उद्देश्य से चुनी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा को पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्श्वरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है चुने स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा अनुमति)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकतर इस्लामीयों को और से सामान्य/सोरो को "बोसिन्का" कहा जाता है, जिसे हम (इस्लामीय) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसद और न ही पंचायत में विधायक सहायक किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उक्त टेलीफोन में रोज या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फायनडेस" से विचारित/विनिर्गत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फायनडेस" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फायनडेस" द्वारा सहायक किसी अधिक/सहायक हेतु मरदर नहीं किया जात है तो असम्मत किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायक लेने का अधिकार प्रकृति एका है। इस प्रकृति में स्पष्ट कहा जात है कि असम्मत द्वितीय मरदर उक्त टेलीफोन में हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फायनडेस" से लेनी गयी सहायक केवल विधायक प्रकृति की है। टेली पर हमसमत द्वारा ही गयी सहायक किने गये उपचार/प्रक्रिया का प्रचार टेली एवं हमसमत के बीच का प्रचार है और "कोशिका फायनडेस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्ता नहीं है। इसीसे हमसमत में टेली के इलाज प्रचार और अपने जाने की सही किनेगरी टेली एवं हमसमत की होगी और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया या किनेगरी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/04/19	Dr. P. S. Bagchi No. - 00578 Sasmita Education & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व यहि र	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	