

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : K/0919/1547

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 7/9/19

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम MADAN MOHAN RAKHIT

AGE-YEARS आयु-वर्ष
75

SEX लिंग
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कन्या का नाम NITAI LAL RAKHIT

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

NARKELDANGA, 132 MAINAL ROAD, KOLKATA
700012, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION :
व्यवसाय UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय RS 1500 X 12 = 18000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल 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 सम्बन्ध
1.	MADAN MOHAN RAKHIT	75	M	SELF
2.	SUDHAR RAKHIT	72	M	BROTHER

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

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 विनती का उद्देश्य:

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

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: **અચેદક દ્વારા જાહેરાત:**

- 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 कबल कह 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 सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता एवम् "कौशलिक फाउन्डेशन", से ही प्राप्त करूँगा, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से कुछ भी वापस नहीं करूँगा, इस एवम् का भविष्य में समस्त विवरण किसी अन्य प्रोत्तिविकसक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/republish 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठा छाप इस फॉर्म पर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी छाया की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके प्रशासकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण करने के लिए उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या प्रशासकों को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वेद प्रमाण को प्रदान करने के लिए मैं मुझे प्रदान करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या प्रशासकों को अधिकृत करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

इसके अतिरिक्त, हास्यचरित्र की ओर से सम्बन्धितों को "कॉमिक फ़ायनोटेर" से विविध साधन हेतु शिक्षणों को मिले हैं, जिसे हम (हमसाल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकृत करते हैं।
 1) यह कि न तो जीवन और न ही जीवन में विविध साधन किसी भी सरकारों संभल या किसी अन्य राजों से उभर ऐसी/व्यक्तियों में होने या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉमिक फ़ायनोटेर" से शिक्षण/विशेष उभर के सम्बन्ध में "कॉमिक फ़ायनोटेर" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉमिक फ़ायनोटेर" द्वारा साधन विविध अधिकार/साधन हेतु मन्दिर नहीं किन्तु उभर है तो अन्ततः किसी अन्य भी साधनों संभल या किसी अन्य सम्बन्धन से साधन होने का स्वीकृत सुनिश्चित रखते हैं। इस सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय चरण उभर ऐसी/व्यक्तियों हेतु किसी भी सरकारों संभल या किसी अन्य साधन से नहीं संगठित/होती।
 2. "कॉमिक फ़ायनोटेर" से ही यह साधन संभल विविध प्रकृति की है। ऐसी या हमसाल द्वारा ही यह साधन या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का पुनः ऐसी एवं हमसाल के बीच का विषय है और "कॉमिक फ़ायनोटेर" द्वारा किसी प्रकार का कार्य प्रभाव नहीं है। इसलिये हमसाल में ऐसी के द्वारा सुनिश्चित और अपने अपने की सारी विमर्श/ऐसी एवं हमसाल की होती और "कॉमिक" की कार्य प्रक्रिया या विमर्श इस प्रकार में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती फं लिए संस्थानि

Shib Sankar Bagchi
Director

Centre for Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नरमो इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इन्द्राक्ष 2

Exchanged

Rich