

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0717/0626		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		SARIFA BIBI		AGE-YEARS मातृ-वर्ष	SEX लिंग
				58	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम					
MUTITALI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता					
DARI, PANITAR KAHAR OKARIGAR PARA, PANITAR, BISHIRMAN, NORTH 24 PARGANAS 743227 (WEST BENGAL)					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता					
AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय					
HOUSE WIFE					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
NIL					
PAN No. मातृ संख्या प्रमाण					
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 / हाँ / 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.	SARIFA BIBI	58	F	SELF	
2.	AJIBAR RAHAMAN	35	M	SON	
3.	ABDUS RAHAMAN	33	M	SON	
4.	SAJIDA KHATUN	30	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के निम्ने विनती आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) कोटि की रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का 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 प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे पत्र विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARRH - LE				
2.	SURGERY - LE (JICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कौी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: JETHE EN GROSSE VU

- 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 Kashiika 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 सच कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई गलत एवं झूठा बयान दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता एवम् "कीटिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर सच कह रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अधिक या कमतर विवरण किसी अन्य प्रोटेन्सिबल/कॉन्ट्रिब्यूटर्स को न दे दिया है और न ही भविष्य में दूँगा।

ADDITIONAL COMMENTS BY APPLICANT (SEE INSTRUCTIONS)

- 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/upload/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 हाथक या खोले की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को सुरक्षित रखता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरी विषयक इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एकाग्र न्यासी, पत्र, ध्वज/च/पत्र के माध्यम से सुरक्षित तरीकों और उपकरणों के बिना किसी भी प्रकार के प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विषय मेरे हाथक के प्रश्न या पत्र के बारे में है कि "कोशिका फाउंडेशन" ने जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषयक जो कि प्रकाश में उपरोक्त में प्रेषित है सुरक्षित रखता। प्राप्तता का हक्क नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एकाग्र न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

amikor az ember nem tudja, hogy mit csináljon



AGREEMENT by HOSPITAL (TWO OF TWO)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अलग, प्रत्येक की ओर से समझौते के "वैधता प्रमाण" के बिना प्रमाणित हो सकता है। इसे हम (प्रमाण) फिर प्रमाण के साथ न समझ सकते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निवर्त का विधान लगाने)

ACCEPTANCE
सम्मत

REJECTION
VOTES

Date of Surgery
 तिथि: २०/०५/२०२०

15/08/18

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCG
Reg. No.-58096
Gen. & Sp. Foundation & Research Centre
(Wife of Dr. S. Regn. No. with Stamp)
ডাক্তার অরিন্দম দেব
এমবিবি.ডি.ও.এফ.সি.জি.
রেজি.নং-৫৮০৯৬
জেনারেল ও স্পেশাল ফাউন্ডেশন ও রিসার্চ সেন্টার
(ডাক্তার স. রেগন. নং সহ স্টাম্প)

Shri Sankar Singh
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
2024-01-01

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ॥ अर्थिक उन्नति हे

SANCTIONED
इजाय

REJECTED
बलन्या

SIGNATURE of TRUSTEE :
न्यासी कल्याण ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
DATE PAGE 2