

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0118/1629 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 05/01/18 आवेदन तिथि		 	
NAME of APPLICANT: SABITRI DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS अनु-वर्ष 70	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NILKANTA DAS पिता/पति का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 104, MANYA SARDAR BATAKRISHNA MAITRA ROAD, BARNAGAR, NORTH 24 PARAGANAS, 700036, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता AS ABOVE					
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्थाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पाल हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No 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 सम्बन्ध	
1	SABITRI DAS	70	F	SELF	
2	TARAN DAS	45	M	SON	
3	ADARSHAN DAS	43	M	SON	
4	FRENSI DAS	40	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CPTARACTY- RE				
2.	SURGERY- RE (SICSTHOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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: I/WE DO HEREBY VE

- 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 Kasthika 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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रकल्प में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आसपास निहित की जा सकती है।
- 2) मैं इस को आसपास दिये "उद्देशिका का उद्देश्य", से ही का रहा हूँ, प्रकल्प प्राप्त की उद्देश्य की पूर्ति के लिये बिना किसी, जो इस प्रकल्प में प्राप्त है।
- 3) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि मैं आसपास से यह प्रकल्प की नहीं है। उस लक्ष्य का अधिकार का प्रकल्प बिना किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही प्राप्त है और न ही अधिकार से प्राप्त।

AGREEMENT by APPLICANT (above) and UNIT:

- 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-upreproduce 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 to 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने उत्तरण या जवाब की छाप लगाकर, मैं (अर्श्वरक) अपनी छावनी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयक इस प्रश्न में दी गई है, उसे "कोशिका" एडम्बल, पत्र, साधककण द्वारा इतरेण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे बिना भी प्रसार साधक से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विषय मेरे उत्तरण को पढ़ने या कर के करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व त्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्श्वरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषयक को कि सावधान के इतरेण से प्रसारित है मुझे पता। सावधान का इतरेण नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एडम्बल त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अधिकारों के प्रयोग के अंतर्गत अधिकारों के प्रयोग



AGREEMENT by HOSPITAL (ENTER DR. NO.)

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.

इसके अतिरिक्त, इलाहाबादी की ओर से गणपदेवासी को "कोविदा वायटवेयर" से मिलित सहायता हेतु निवेदन भी जारी है, जिसे हम (हमसफर) फिर प्रकाश से सामने न खींचा जाये।

1. यह कि न तो सीएम और न ही सीएम ने दिल्ली सरकार किसी भी आकारी संस्था या किसी अन्य स्तर से उक्त एंटी-कॉर्पूशन में भ्रम या ले खड़े हैं, जैसे कि इनने "कोरिप्शन फायरब्रेकर" से विकसित/निर्मित उक्त को संस्था में "कोरिप्शन फायरब्रेकर" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोरिप्शन फायरब्रेकर" द्वारा सरकार किसी अधिकार/कर्मता हेतु गन्तु गरी किम जता है तो अस्पताल किसी अन्य भी आकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में संस्था लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिल्ली गहर उक्त एंटी-कॉर्पूशन हेतु किसी भी आकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से गरी लेना/लेगी।
2. "कोरिप्शन फायरब्रेकर" में ली गई संस्था कोला दिल्ली प्रदुति को है। ऐसी या इम्पलमेंट द्वारा ही नई संस्था या किने गने उपचार/क्रिया का मुख्य एंटी एवं इम्पलमेंट को बीच का किम है और "कोरिप्शन फायरब्रेकर" द्वारा किसी इम्पल का कोई रचना गरी है। इसलिए इम्पलमेंट में ऐसी को इम्पल पुष्क और जने जने को गरी किम्पेटी एंटी एवं इम्पलमेंट को छोटी और "कोरिप्शन" को कोई अधिकार या किम्पेटी इत संस्था में गरी होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निस्त का निशान लगावे)		ACCEPTANCE गमक		REJECTION गमक	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/01/18		Dr. Arindam Deb MBBS, DD, FRCS Reg. No. 58055 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तफा व रजि. नं.		Ghish Sankar Dasgupta Director Sri Sri Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) गम व पर इस्तफा अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION गमकिक उपयोग ई					
SANCTIONED गमक		REJECTED गमक		SIGNATURE of TRUSTEE 1 गमक इस्तफा 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 गमक इस्तफा 2 	