

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : K/11118/1588			APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 15/11/18				
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम MINA KHATUN			AGE-YEARS आयु-वर्ष 65		SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम SK ABGAR ALI			 				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता M.P SCHOOL ROAD, TITAGARH NORTH 24 PARGANAS, JUNGLE, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता — AS ABOVE —							
OCCUPATION: व्यवसाय HOUSE WIFE							
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय NIL			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)				
PAN No. सवाई 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 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	MINA KHATUN	65	F	SELF			
2	SK NAZKI	34	M	HUSBAND			
3	SK MIRAJ	43	M	SON			
4	RUTINA KHATUN	40	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियमित आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को 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) उपपोषिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे चमे बिच्छी का 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 (SICSTOL)						
ASSISTANCE BEING AVAILD for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILD लेते गए सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 कतार हूँ कि इस प्रारूप 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 निराह की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता पाने "कोशिका फाउन्डेशन", से ही वांछित हूँ, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता पड़ा है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, उस राशि का अधिकतम वापस किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (אשרור על המועמד)

- 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/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 it's 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्जितकर्ता) अपनी स्मृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में कोष्ठित हैं, इसके "कौशिकिक" एवम् न्यासी, दान, वाचनायक द्वारा उद्देश्य से मुझे प्राप्तिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशस्ति करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष से या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्जितकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति हैं मुझे प्रशस्ति, सम्मान या इनाम नहीं बल्कि इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाधकारक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन के इलाख पर अंग्रेजी का निगान



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.

इससे अधिकतर, इन्टरनेट की ओर से समालोचनों को "भौतिक फाउन्डेशन" से विद्रोह माना जाता है। डिजिटल इन्फॉर्मेशन को जड़ते हैं, बिना हम (हमसे) निम्न प्रकार से समझ व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सैन्य और न ही पुलिस में किसी सहायक किसी गैर शाकाय सैन्य या किसी अन्य सेवा से उका ऐसी/यमसे में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में डिप्लोमा/विपरीत उका के समय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मर देतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विपरीत अतिरिक्त/सकल हेतु मन्त्र नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर शाकाय सैन्य या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुपुष्टि राजत है। इस सुपुष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय मर उका ऐसी/यमसे हेतु किसी गैर शाकाय सैन्य या किसी अन्य सहायक से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गई सहायक केवल विपरीत प्रभुति की है। ऐसी पर इस्पताल द्वारा ही गई सहायक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसविषे इस्पताल में ऐसी के इलाज मुरत और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई भुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसुति

Date of Surgery अस्त्रोपचार का तिथि 15/11/18	Dr. Ananjoy Giri MBUS, MS Reg. No. - 60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) उपस्थित डॉ. का नाम व इस्तेमाल का मुद्रा	Sankar Bagchi Director Design & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसका 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
	