

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
अवेदन संख्या :

K/1218/1729

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

05/12/18

NAME of APPLICANT:
अवेदनकर्ता का नाम

AASIA BIBI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पति का नाम

BADAL SAHA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

ULUBERIA, HOWRAH, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:
व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. पत्राई पत्रा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को चयन करें उस पर चिह्न दें जो लागू है)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 अवेदनकर्ता के साथ संबंध
1	AASIA BIBI	60	F	SELF
2	SABUL SAHA	37	M	SON
3	SAKIBUL SAHA	34	M	SON
4	ABHINAV BEGUM	30	F	DAUGHTER
5	EMIRA BEGUM	25	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) यदि कोई BPL कार्ड है, तो उसे संलग्न करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगाणु/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी कोई भी प्रमाणित दवाई संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT
2	SURGERY - RP (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED कोई भी सहायता पानी

DECLARATION by APPLICANT: ज्ञातव्यं यत् सर्वे वरः-

- 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/revocation.
- 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 बताना हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो आवेदन खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, वह केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी जो मैंने इस आवेदन में बताया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (circle DO NOT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) heretby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 द्वारा यह करने इच्छा या स्वीकृति की बात ज्ञापित, मैं (अर्हक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रकार में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, दूर, संचारण द्वारा प्रयोग से मुझे विनिर्दिष्ट और अनिर्दिष्ट के दिने बिना मेरे अग्रत प्रत्यक्ष से इच्छा करने के लिए अधिकृत है। ये द्वारा का विचार की इच्छा के करने या कर से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि इच्छा के पूर्ण होने के प्रमाण है मुझे ज्ञात: इच्छा का प्रत्यक्ष नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रत्यक्ष भरोदारों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अथर्ववेद की प्रणालिपति का अर्थ है कि



AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 100-4032)

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.

इसने जॉर्जिया, इजरायल की ओर से सलाहदेही को "बलिष्ठा गायन्देश" से प्रतिबन्ध लगाया है। विदेशों की भाँति ही, जिसे इस (इजरायल) विषय पर सब से अधिक अधिकार है।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

पञ्चिकांगी के विषय संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	<i>Dr Arindam Deb</i> <i>MD, DGO, FRCS</i>	<i>Shib Sankar Bagchi</i> Director
05/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रेजिस्ट्रार नं. सह स्टैम्प	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्त लिखित करने वाले अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत प्रयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય શ્રીમદ્ ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય શ્રીમદ્ ૨
	