

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता देने वाले संगठन प्राक्षय

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य सहायता)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

APPLICATION NO.: KJ12181800  
संवैधानिक संख्या:

APPLICATION DATE: 2/12/18  
संवैधानिक तिथि:

NAME OF APPLICANT:  
उपर्युक्त का नाम: KAJALI MAHALI

AGE-YEARS वय-वर्ष: 51  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पितृ/स्त्री का नाम: SHISHU MAHALI



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी ठांडा  
SUGHIS PALLI RANLAUCHI, KHASABYANDA

NORTH 24 PARBHAR 743475, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक स्थायी ठांडा

— AS ABOVE —

OCCUPATION:  
पेशी

HONG MAKER.

MARRIED (प्रियंक) / UNMARRIED (विवेचित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
वास्तविक वार्षिक आय

NIL

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

PAN No.: TREC 9205 संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable)  
आप जो जम कर रहे हैं (जो जम कर रहे हैं वही का नियम लागती है)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS विवाह स्थिति

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member जीवित के सदृश का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant उपर्युक्त के साथ सम्बन्ध
1.	KAJALI MAHALI	51	F	SISTER
2.	SHISHU MAHALI	30	F	Daughter
3.	MINAL MAHALI	26	F	Daughter
4.	PRABODHENDRA MAHALI	21	F	Daughter Conj

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए नियम अनुमति

EPL Card (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड के साथ इसका कापी (इसका कापी करके लाभान्वयन करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन जन कर्ता कार्ड का (इसका कापी करके लाभान्वयन करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (इसका कापी करके लाभान्वयन करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड कापी

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता देने वाली का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनस्वास्थ्यकार्यालय में जारी की गई और उपर्युक्त संस्थान से संलग्न
1.	THERAPY-CHITRARAM-RE

2. SURGERY- RE (Sect+fol)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए अन्य स्रोतों द्वारा दी गई सहायता के लिए नाम दीजिए		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED दी गई सहायता की मात्रा

**DECLARATION by APPLICANT: (अप्लिकेशन द्वारा)**

- 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 instant 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 पूरा प्राप्ति के लिए जो यहाँ दिए गए अवसरों की वजह से मैं हूं तो उसे ऐसा प्राप्ति करना चाहता हूं जो 40 रुपये की नहीं है।  
 2) मैं नहीं जानता कि "कोशिका घटनाकाल", जो यहाँ दिया गया है, आम बातें जो आपको भी यहाँ दिया जाता है, जो आपको नहीं दिया जाता है।  
 3) मैं यहाँ दिया गया प्राप्ति का अवसर नहीं हूं, जो आपको आपने करवाया है। इसके लिए आपने कोई काम नहीं किया है और यहाँ दिया गया प्राप्ति का अवसर नहीं है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन द्वारा)**

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 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) मैं यहाँ यह अप्लिकेशन के लिए दिया गया नाम, दृष्टि वाली की यहाँ दिया गया "कोशिका घटनाकाल का अवसर" को अप्लिकेशन के लिए दिया गया, जो उसे नहीं दिया जाएगा है, जो "कोशिका" एवं नामी, जरा, आपका यहाँ दिया गया नाम की नियमों के अनुसार दिया जाएगा है। यहाँ दिया गया नाम के अनुसार दिया जाएगा है, जो यहाँ दिया गया "कोशिका घटनाकाल" का अवसर नहीं है।  
 2) ये लोगों या जगत् के लिए यहाँ दिया गया, जो उसे दिया गया है, जो उसे नहीं दिया जाएगा यहाँ दिया गया "कोशिका" एवं नामी नियमों के अनुसार दिया जाएगा है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अप्लिकेशन में छापा या लाली की रिहाई

**AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल द्वारा)**

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this application 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.

- 1) यहाँ दिया गया अप्लिकेशन के "कोशिका घटनाकाल" के लिए दिया गया नाम की वजह से अप्लिकेशन को नहीं है, तब तक (अप्लिकेशन) दिया जाएगा यहाँ दिया गया नाम की वजह से अप्लिकेशन को नहीं है।  
 2) यह दिया गया अप्लिकेशन नहीं है जो खेड़े में फेल आया है या आपको संबोध या बोला जाना है जो उस दिनांकों में नहीं है जो यहाँ दिया "कोशिका घटनाकाल" में दिया गया दिनांक है। यहाँ दिया "कोशिका घटनाकाल" का नाम दिया जाए तो यहाँ दिया "कोशिका घटनाकाल" का नाम दिया जाएगा जो आपको अप्लिकेशन में दिया गया है। यहाँ दिया "कोशिका घटनाकाल" का नाम दिया जाएगा जो आपको अप्लिकेशन में दिया गया है। यहाँ दिया "कोशिका घटनाकाल" का नाम दिया जाएगा जो आपको अप्लिकेशन में दिया गया है।  
 3. "कोशिका घटनाकाल" जो यहाँ दिया गया है, जो आपको अप्लिकेशन में दिया गया है, जो आपको अप्लिकेशन में दिया गया है।

4) नहीं को यहाँ दिया गया "कोशिका घटनाकाल" का नाम दिया जाएगा जो आपको अप्लिकेशन में दिया गया है।

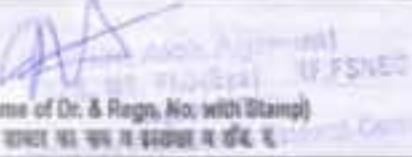
5) नहीं को यहाँ दिया गया "कोशिका घटनाकाल" का नाम दिया जाएगा जो आपको अप्लिकेशन में दिया गया है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

शिवसंकार द्वारा दिया गया अप्लिकेशन

Date of Surgery  
अप्लिकेशन की तिथि

7/12/18

  
 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)  
 डॉ. अंकिता सिंह एवं रजिस्ट्रेशन नं. 145/2018

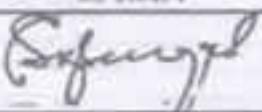
Shiv Sankar Raychaudhuri

Director

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
 शिव संकार रायचौद्धुरी  
नाम एवं पद अस्पताल अधिकारी की ओर से

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अस्पताल लाइन में

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी अप्लिकेशन 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

