

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन फार्म)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No. : 4/1218/1822 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 8/12/18 आवेदन तिथि		 	
NAME of APPLICANT : GUNGA DAS. आवेदक का नाम		AGE-YEARS 64 उम्र-वर्ष	SEX F. लिंग		
FATHER/SPOUSE'S NAME : MADHUSUDAN DAS. पिता/पति का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 19/2 CH. KRISHNA DAS LANE, KANKURBACH, KOLKATA 700054, WEST BENGAL. वर्तमान निवास पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE - स्थायित्व निवास पता					
OCCUPATION : HOME MAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) UNMARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAR No. 2452 जारी किया गया ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर 'X' का निशान लगाएं)					
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.	GUNGA DAS.	64	F	SELF	
2.	MAHUR DAS.	41	M	SON	
3.	KABITA DAS.	38	F	SISTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवक्षित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशः के साथ 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 करने विवक्षित का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रातिष्ठित से जुड़ी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.				
2.	SURGERY - RE (SCLEROTOMY)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो प्राप्त सहायता पानी		

DECLARATION by APPLICANT: none go none to.

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में मैंने सही सही जानकारी को प्रस्तुत करने का प्रयास किया है। यदि कोई बिना सूची बताने प्रदान किया गया है तो मैं यही मानना प्रारंभ कर दूँगा।
- 2) मैं इस बात का आश्वासन दूँगा कि "कौशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस आश्वासन दे रहा हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो मदद ली है और न ही लीने में सोचता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (attach one with)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 its 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 पर जहाँ इच्छा हो सोने की बात समझें, मैं (अर्पक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायी" के अधिकृत ब्रह्म हैं कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, इसे "कोशिका" दफ्तरी न्यायी, धर्म, व्यवसाय द्वारा उत्पन्न से मुझे निमित्तित्व और उपलब्धियों को मिले बिना भी इस प्रकार का उपयोग कर सकते हैं। मैं प्रश्न का निष्कर्ष यह है कि मैं या मेरे परिवार को किसी "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को निमित्तित्व से उत्पन्न से मुझे प्राप्त करने का इच्छा नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" दफ्तरी न्यायी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

antenna at present is not as strong

AGREEMENT by HOSPITAL. (WHEN DO YOU)

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.

हमारे अतिथि, हमारे भी को और से पालनेवाले को "जीवित पालनेवाले" से मिले प्रसाद से विनम्र को माली है, जिसे हम (हमारे) जिने प्रसाद से पालन व जीवन माली है।

- 1) यह कि न तो सोवियत और न ही पश्चिम में मिलित साम्राज्य किसी भी सामग्री को बना या किसी अन्य उद्योग में उच्च उत्पादन में होने या हो जाने है, बल्कि कि इनके "कोलिका पायरोलिस" के विनिर्देशनविधि इस के समर्थन में "कोलिका पायरोलिस" द्वारा पदार्थ हेतु कि है। यदि "कोलिका पायरोलिस" द्वारा सामग्री किसी अधिकतर/समस्त हेतु समुदाय को किता जान है तो अत्यन्त किसी अन्य के सामग्री को बना या किसी अन्य सामग्री के सामग्री होने का अधिकतर सुनिश्चित रहता है। इस सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जात है कि अत्यन्त विभिन्न पदार्थ इस उत्पादन हेतु किसी भी सामग्री को बना या किसी अन्य सामग्री के नहीं को बनालेगी।
2. "कोलिका पायरोलिस" में ही यह सामग्री को बना विभिन्न इष्टुति को है। ऐसी या इसका द्वारा ही यह सामग्री या किसी को इसका/अधिक या सुगम ऐसी एवं इसका को को बना किता है और "कोलिका पायरोलिस" द्वारा किसी उद्योग का को बना को है। इसविधि इसका में ऐसी को इसका सुगम और अन्य को को को विनिर्देशन ऐसी एवं इसका को को बना और "कोलिका" को को बना किता या विनिर्देशन इस सामग्री में को को बना।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सभीकाली के लिए संभलता

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 02/12/18	Dr. Shankar Nath (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Dr. Shankar Nath 10PHTH Research Centre	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Dr. Sankar Bagchi Director Research Centre
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत प्रयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય શ્રીમતી 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય શ્રીમતી 2
	