

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/1248/1885		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 11/12/18			
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : CHHAYA MITRA		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 53		SEX / लिंग : F	
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : JAMINI KANTA DAS.					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास : 101, MIDRAJI PUR, ROAD, ULTA TANDAN, MAIN ROAD, KOLKATA 700067, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास : AS ABOVE.					
OCCUPATION / व्यवसाय : HOUSE WIFE.				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : NIL				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAM No. / आयु प्रमाण संख्या : [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) : ☒ Yes / ☐ No					
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण					
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध	
1.	CHHAYA MITRA	53	F	SELF	
2.	KUNDAN MITRA	64	M	HUSBAND	
3.	SUBIDH MITRA	29	F	DAUGHTER	
4.	KABIR MITRA	24	M	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु निम्नलिखित कारणों का उद्देश्य:					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / स्वास्थ्य/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी की गई प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - ANAEMIA - R.E.				
2.	SURGERY - R.E. (CULCITIS)				
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त है या नहीं					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED / की गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: none yet none yet

- 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 यथेष्ट बताऊँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाय तो यह बात है कि मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे आशय रखती हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यथेष्ट बताऊँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से या भविष्य में भी, इस राशि का पूरा या आंशिक रूप से वापस प्राप्त करने के लिये किसी भी प्रकार की प्रार्थना नहीं करूँगी।

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 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 Kashiika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब इसका या नहीं का जवाब लपक, मैं (आवेदक) अपनी संपत्ति की तुलना करता हूँ एवं "कॉलिका फाउंडेशन और ट्रस्टर्स गारंटी" की अधिपति करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, इसे "कॉलिका" ट्रस्टर्स गारंटी, ट्रस्ट, सचदारण ट्रस्टों द्वारा ट्रस्टिंग से मुझे लीगेसिटी और विलियमों के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशस्ति करने के लिए अधिपति है। मैं प्रश्न का विवरण में इसका मेरे जवाब का नाम से करने के लिए "कॉलिका फाउंडेशन" या गारंटी अधिपति है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रकाश में ट्रस्टिंग से प्रशस्ति है मुझे उचित। प्रकाश का सचदारण भी करता। इस सम्बन्ध में "कॉलिका" ट्रस्टर्स गारंटी गारंटी का निर्णय अंतिम और अप्रवर्णीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेक के इलाकह मे अंग्रेज का बिस्व

AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH IT WOULD)

By affixing her/his signature, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kishika 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.

हवाई अधिकृत, इलाहाबाद की ओर से गजपतिगंजी की "कॉन्सिडरेशन" से निजिग सारनाथ की दिशा में जाने हैं, जिसे इन (हवाई) निम्न प्रकार से नाम से संबोधित करेंगे :

- 1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में उल्लिखित आयातक किसी भी आयाती कोषका या किसी अन्य कोष से उक्त लेखीपत्रों में लगे या न लगे हैं, जैसे कि इनके "अधिनियम आयातक" से लिखाई/लिखित उक्त कोषका में "अधिनियम आयातक" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "अधिनियम आयातक" द्वारा आयातक किसी अधिनियमकाल हेतु समुदाय की किम जमा है तो आयातक किसी अन्य भी आयाती कोषका या किसी अन्य आयातक से आयातक लगे या अधिनियम सुविधा प्राप्त है। इस मुद्दे में 2002 कहा गया है कि आयातक उल्लिखित प्राप्त उक्त लेखीपत्रों हेतु किसी भी आयाती कोषका या किसी अन्य आयातक से नहीं आयातक।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

ਭਾਈਗੁਰਮੀਤ ਸਿੰਘ

Date of Surgery 11/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DNB, FRCS No. 50971 (Name of DO & Regn. No. with Stamp) (Signature of DO)	Shih Sanker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on Behalf of Hospital) (Signature of Shih Sanker Bagchi)
-----------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मॉडल नम्बर: ४२

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्यासे इशराफा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्यासे इशराफा 2
	