

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता देते आयोग प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)	 Building blocks of life.		
APPLICATION No.: अप्लिकेशन नंबर	111218   1828	APPLICATION DATE: अप्लिकेशन तिथि			11/12/18
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम	RAHIMA BEBA	AGE-YEARS: वय-वर्ष	38	SEX: लिंग	F
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/स्पouse का नाम		NABULLO GAZI			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थान का वार्तमान स्थान					
037, MOULAPUR PURUR ROAD, ULTADHAMKA MAIN, ROAD, KOLKATA 700057, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्ति स्थान का वार्तमान स्थान					
- AS ABOVE -					
OCCUPATION: पेशी	COOK		MARRIED (PRIMO) / UNMARRIED (MUNDI) (Attach Proof of Income) (अस्ति का सभ्य संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME: इस साल का सभ्य	Rs. 1600 x 12 = 19200/-		Tax / No इस सभ्य का जुर्माना का नाम		
PAN No.: ट्रैक नंबर संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE? (Tick whichever is applicable) इस सभ्य का जुर्माना का नाम है (जो सभ्य हो उस पर सभी का जुर्माना होता है)		FAMILY DETAILS घरीबी का विवर			
Sr. No. संख्या	Name of Family Member घरीबी के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	RAHIMA BEBE	59	F	WIFE	
2.	MUKUTA ALI AM	42	M	SON	
3.	NABULLO GAZI	45	M	HUSBAND	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) जिसके लिए मद्दत की जाएगी					
BPL Card (Attach Card Copy) सभ्य के लिए इच्छा पड़ (इच्छा पड़ की जानी की जागत की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जुर्माना का जुर्माना पड़ (इच्छा पड़ की जानी की जागत की)	Ration Card (Attach Copy) उत्तराखण्ड कार्ड (इच्छा पड़ की जानी की जागत की)	Any Other Basis/Proof अन्य की जानी की जागत		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: जिसके लिए मद्दत की जाएगी का उत्तराप:					
Sr. No. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जल्दी दिलाकर से जारी की गई डिलीवर सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE -				
2.	SURGERY - LE (GENTLE)				
ASSISTANCE BEING AVALUED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उत्तराप के लिए कोई अन्य सहायता लियी जाने वाली नहीं हो?					
Sr. No. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य सहायता का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALUED लिए गई सहायता की मात्रा			

**DECLARATION by APPLICANT:** मेरी द्वा घोषणा है,

- 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 accountancy/audit/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं अपना काम के दौरान में यही जानकारी के समान रूप रखता हूँ कि यही जानकारी का काम करने के लिए उपलब्ध वित्तीय सहायता है।

2) मैं आप के सम्मान में "काम करने के लिए" उपलब्ध वित्तीय सहायता को पूरी तरह से लिया रखता हूँ, जो इसके लिए उपलब्ध है, जो काम के लिए उपलब्ध है।

3) मैं यही काम के दौरान करने की जानकारी के समान रूप रखता हूँ कि यही जानकारी का काम करने के लिए उपलब्ध वित्तीय सहायता है।

AGREEMENT by APPLICANT (see(s) DR 901)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 पत्र का जाने वाला या जोड़ी का नाम लक्षण, मैं (आवेदक) जानी चाहती हूँ कि "कोशिका प्रदानीन ली रास्ते नामांकन" को अधिक पत्र के लिए यह, जोड़ी और वह विवरण इस पत्र में संकेत है, इसे "कोशिका" द्वारा लाभी, दाता, वापरकर्ता या उपलब्धि के गुरु विद्वानों वा वर्षावालों द्वारा दिया गया विवरण ही है। इस पत्र का विवरण ही इसका वे नाम है जो यह पत्र में जारी करने वाले द्वारा दिया गया विवरण "कोशिका प्रदानीन" का नाम ही है।

2) मैं (आवेदक) इस पत्र की वापरता के लिए यह पत्र, यह, जोड़ी और विवरण वो ही वापरता के अद्यावचे तो संकेत हैं युक्त वापरता का विवरण वो वापरता ही वापरता की वापरता का विवरण है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION



AGREEMENT by HOSPITAL (Sign or Stamp)

By affixing herunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this co-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 Kashika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Kashika Foundation. If the requested assistance is not granted by Kashika 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 Kashika 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 Kashika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Kashika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

तथा अपनी जाति की विशेषताएँ वाले "विभिन्न जातियों" के बीच विवरणों की विविधता की वजह से इसका उपयोग असमिक्ष रूप से किया जाता है।

- “कल्पित वाचन” से ले गई भाषण भेदत विविध अद्वैतों की ओर इसका उपयोग किया जाता है और विविध अद्वैतों की ओर इसका उपयोग किया जाता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

प्राचीन रूप से

Date of Surgery সকারের তারিখ 11/12/18	Dr. K. Ghosh BS,DO,DNB,FRCS (Name of Dr & Regd. No. with Stamp) স্বাস্থ্য পর্ক মন্ত্রণালয় এন্ড রিসার্চ সেন্টার	<i>Ghosh</i> Shib Shankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) শিব শঙ্কর বাগচী ডায়ারেক্টর
---	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHUKA FOUNDATION

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

28.04.2013