

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.: 4112181895		APPLICATION DATE: 11/10/18		
NAME of APPLICANT: MITA DUTTA		AGE-YEARS: 60	SEX: F	
FATHER/SPOUSE'S NAME: NIRMAL DUTTA				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PART NO-100, UTTAR DUNDUM, NORTH-29, PARAGANAL, DISTRICT PRAGNAGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AT ABOVE				
OCCUPATION: HOUSE WORK		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)		
PAN No. 5444 4444 4444				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	MITA DUTTA	60	F	SELF
2.	NIRMAL DUTTA	51	M	HUSBAND
3.	SHAKTI DUTTA	26	M	SON
4.	RUKA DUTTA	21	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपलब्ध पर की प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
सहायता हेतु किने गये निम्नलिखित का उद्देश्य:				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	CATARACT - LE.			
2.	SURGERY - LE (Cataract)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: **जयदेव दास मोहन या:**

- 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 Kuchika 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 गारंटी करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान प्रदान किया गया है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि "कौशलिक आधार" के लिए प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग की जायेगी, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नही प्राप्त करूँगा और न ही किसी भी स्रोत से।

AGREEMENT by APPLICANT (attach DFE 900)

- 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/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.

- 1) इस प्रश्न का उत्तर इसका या नहीं की बात समझ, मैं (अमेरिका) अपनी पक्षी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोरिया काउंटिल और उसके ग्लोबल" को अधिकृत करता (विशेष रूप से, पक्षी और को विमान इस प्रश्न में शामिल है, इसे "कोरिया" समझ लीजिए, पर, समझना मुझे संदेह है मुझे पक्षीविषय में और पक्षीविषय में लिखे किसी भी उत्तर समझने में असमर्थ करने में हिम्मत अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विमान में इसका को पक्षी के रूप में करने में हिम्मत "कोरिया काउंटिल" के ग्लोबल अधिकृत है।
- 2) मैं (अमेरिका) इस बात से समझता हूँ कि मेरे उत्तर, हाँ, पक्षी और विमान को कि इसका को ग्लोबल में शामिल है मुझे समझ: इसका का समझना नहीं करता। इस मामले में "कोरिया" परा उत्तर ग्लोबल का विशेष अधिकृत और समझना नहीं करता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपने ही घर में ही अपने ही परिवार में

AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH THE NUT)

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 its 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 this matter.

क्या जीवन का मतलब है? और ये सवाल हमें क्यों पूछना चाहिए? ये सवाल हमें पूछना चाहिए, जिसे हम (हमself) फिर उठाते हैं।

- 1) यह कि न तो जीवन और न ही मृत्यु में स्थिति समानता किसी भी सामग्री संरचना या किसी अन्य खंड से इस लेख/पत्रों में लेने या तो है, जैसे कि इनमें "अतिरिक्त पाठ्यपत्र" से विभाजित/विभक्त तथा जो समग्र में "अतिरिक्त पाठ्यपत्र" द्वारा चरित होत है। यदि "अतिरिक्त पाठ्यपत्र" द्वारा समग्रता किसी अतिरिक्त/अन्य होत चरित या तो समग्रता किसी अन्य भी सामग्री संरचना या किसी अन्य समग्रता से समग्रता लेने या अतिरिक्त सुनिश्चित समग्र है। इस सुनिश्चित में समग्र चरित या तो कि समग्रता स्थिति चरित इस लेख/पत्रों होत किसी भी सामग्री संरचना या किसी अन्य समग्र से नहीं लेख/लेखी।

2. "कोशिका च्यापदंडाल" से तो यह समझना संभव नहीं है। ऐसे या इनका ह्रास हो या अभाव या किने से उपचारप्रक्रिया का प्रभाव हो या इनका से सेव का प्रभाव है और "कोशिका च्यापदंडाल" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए इनका प्रभाव हो तो ही इनका प्रभाव हो या ही नहीं हो तो ही "कोशिका" को कोई प्रभाव या निम्नोपरी इन प्रभावों में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इसी प्रकार यह भी सिद्ध हो सकता है कि

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/12/18	Dr. K. Ghosh MD, D.O.BG, FRCS (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) Sushil Kumar Singh	Shub Senkar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Head of the Department of Research Centre
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 साथी ट्रस्टी 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 साथी ट्रस्टी 2
	