

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवाएँ)	 Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन नं. VJ1218   1905	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	11/12/10		
NAME of APPLICANT: जीवित का नाम RITA DOLUI	AGE-YEARS: वय-वर्ष 50	SEX: लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पितृका/स्त्रीका नाम MANMOHON DOLUI	PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी वासस्थान परा 83 TILAKA ROAD, BOKIMUKTA KALYAN ROAD, WALCOPA 700016, WEST BENGAL.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी वासस्थान परा - AS ABOVE -				
OCCUPATION: प्रक्रिया Cook.	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)			
TOTAL ANNUAL INCOME: वार्षिक कमाई ₹ 1500x12 = ₹ 18000/-	(Attach Proof of Income) (वार्षिक कमाई का सिलान करें)			
PAN No.: ऐपीएन नंबर				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): मात्र जो कमाई कर रहा है (जो कमाई हो तो उस पर सही का सिलान करें)				
Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS: परिवार की जांच				
Sr. No. इन संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant परिवार के साथ सम्बन्ध
1.	RITA DOLUI	50	F	SELF.
2.	NAREEN DOLUI	14	M	MOTHER.
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिन्हित करें				
BPL Card (Attach Card Copy) एपीएल कार्ड की दोनों पक्षों पर (पक्षों पर की जान और भाग की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसएस कार्ड की दोनों पक्षों पर (पक्षों पर की जान और भाग की)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (पक्षों पर की जान और भाग की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु चिन्हित की जानी चाही जानकारी:				
Sr. No. इन संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्य/विकार से सही की गई डिप्लोमा सूची संलग्न			
1.	INFECTIVE S.S. - (CHIEF)- L.E.			
2.	Surgery- Lc (Gastro)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES एसी उत्तराय में एक और तरफ सहायता लिनी जाने वाली से लिया गया है?				
Sr. No. इन संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हाँ गई सहायता की		

**DECLARATION by APPLICANT:** अर्थात् द्वारा घोषित करते हुए

- 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 यहां का ₹ ५० हजार रुपये में दिए गए पर्याप्त वित्तीय सहायता के अनुसार सभी रुपये खर्च करना है। पर्याप्त वित्तीय सहायता का उपयोग करना है मैं नहीं अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता की जरूरत है।

2) मैं इस जै सहायता की "विद्यालय वासद्वारा", जैसी रूपरूपीता है, इसका उपयोग करने वाले विद्यार्थी जो भी हैं वे इस वित्तीय सहायता के लिए वित्तीय सहायता की जरूरत है।

3) मैं भी कोई ₹ ५० हजार रुपये से अधिक वित्तीय सहायता की जरूरत नहीं है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् अप्लिकेटर)**

- 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 चार का अपने हाथों पर अपनी छाता लगाकर, मैं (लायेट) अपनी जाहांची की तुम्हें बताएँ कि "कोशिका वाचादीन और उसके नवाचार" की अधिकृत बातें कि कौन कौन से, जोड़ी और कि विषय इस चार में संबंधित है, तो "कोशिका" एवं नवाचार, या, याचादान एवं उद्धृत या तुम्हीं प्रतिशिखों और उत्तराचारों के लिए जैसी नीति जाहांचा में प्रभाव आयी हो रही अधिकृत है। इस चार का विषय में इतना ही चारों के बारे में जिस "कोशिका वाचादीन" का नवाचार है।

2.) मैं (लायेट) इस चार में जाहांचा हूँ कि योग्य चार, या, जोड़ी और विषय जो कि जाहांचा में उत्तराचारों से संबंधित है तुम्हें बताएँ; जाहांचा का हाथापाणी की वजह से इस चारों में "कोशिका" एवं नवाचार का विवरण अधिक और याचादानी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

and the  $\mathcal{L}$  groups are finite sets.



AGREEMENT by HOSPITAL (Sign or Stamp)

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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.

- 1) यह कि न ही जातक और न ही धर्म में विलिन साक्षात् विद्या के जातकीय भौतिक एवं विद्यों अनुसार से उस ऐटीप्रैलों में से ही या तो यही विद्या की "जीवित जातक-विद्या" में विलिनिकी उत्तम रूप से व्यक्त हो गई है। यही "जीवित जातक-विद्या" इस साक्षात् विद्या विलिन साक्षात् विद्या की विकास वाली है तो जातक विद्या अनुसार यह जातकीय भौतिक संसाधन में साक्षात् सेरे का विकास सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में साक्षात् विद्या का उत्तम उपयोग विद्या की विकास वाली जातकीय भौतिक संसाधन में यही विलिनिकी।

2. "ਕਾਨੂੰਨ ਪਾਸਵੇਲਾ" ਦੀ ਜੀ ਵੱਡਾ ਸੰਭਾਲ ਕਿਵੇਂ ਹੁਣੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ? ਏਥੇ ਪਾ ਇਸਤਰੇ ਦੀ ਜੋ ਸ਼ਾਹੀ ਦੀ ਕਿਵੇਂ ਯੋਗ ਵਾਲਾ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਚੀਨ ਦੀ ਜੋ ਇਸਤਰੇ

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संकेतित

Date of Surgery बीमारी की तिथि	Dr. K. Thosh MBBS, MRB, FRCR Reg. No. 50971 Name of Dr. & Regn. No. with Stamp Smti. Dr. K. Thosh, Research Centre इन्होंने इस अस्पताल में अधिकारी बनवाया है।	<i>Shib Sankar Dagehi</i> Shib Sankar Dagehi Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital नम्र व पर इस्पात अधिकारी बनवाया है।
-----------------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION कोशिका फाउंडेशन के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी अस्त्री १	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी अस्त्री २
	