

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: K1128/1919		APPLICATION DATE: 12/10/18		 Building Block of Life	
NAME of APPLICANT: URMILA GHOSH		AGE-YEARS: 66			
FATHER/SPOUSE'S NAME: ASHU GHOSH		SEX: F			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 10/10/18					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 10/10/18				 	
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)			
PAN No. 10/10/18					
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	URMILA GHOSH	66	F	SELF	
2	ASHU GHOSH	66	M	HUSBAND	
3	ASHU GHOSH	39	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
1	1. Diabetes - Control - Ke.				
2	2. Suffering - Ke (Suffering)				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED			
1					
2					

DECLARATION by APPLICANT: none yet were we:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी प्रमाण पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी प्रमाण पत्र या अन्य स्रोत से, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी भी प्रकार के प्रमाण पत्र के लिए मांग की गई मदद को नही प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (please see note)

- 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-up/republish 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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इच्छा या सोच की बात लिखना, मैं (अर्पितकर्ता) अपने छापील को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके-व्यक्ति" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में लिखें हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, यादों, पत्र, समारोह, मुद्रा, इंटरनेट से मुझे प्रतिनिधित्व और प्रकाशित करने के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। वे इस बात के विचार में इससे मेरे पता पर मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का व्यक्ति अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पितकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रकाशित कर सकते हैं। प्रकाशित करने का इच्छा नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उसके-व्यक्ति का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

[illegible]

AGREEMENT by HOSPITAL (IHCN 200 600)

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसकी आदिकृत, इलाहाबादी की ओर से प्रकाशित होने वाली "अद्वैतिका" नामक पत्रिका से मिली। पत्रिका की ओर से, जिसे डॉ. (इलाहाबादी) जिन्ना प्रकाश से नाम मिलाया गया है।

1. यह कि न तो संविधान और न ही नीतिगत नैतिक सामान्य सिद्धि कि किसी भी राजकीय संस्था या किसी अन्य संस्था से उसका ऐतिहासिक नैतिक या नैतिक संबंध है, जैसे कि इन "कोशिका प्रजापति" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उसका नैतिक संबंध नैतिक "कोशिका प्रजापति" द्वारा नष्ट हो चुका है। यह "कोशिका प्रजापति" द्वारा सामान्य सिद्धि कोशिकाप्रजापति से नष्ट नहीं किया जाता है न ही सामान्य सिद्धि अन्य कि राजकीय संस्था या किसी अन्य संस्थागत से सामान्य होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मूल्य नैतिक पर नष्ट नहीं कि सामान्य सिद्धि नष्ट उसका ऐतिहासिक से नष्ट किसी भी राजकीय संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं संबंधित।
2. "कोशिका प्रजापति" से ही न ही सामान्य सिद्धि सिद्धि की है। ऐतिहासिक प्रजापति द्वारा ही न ही सामान्य या सिद्धि नैतिक प्रजापति/प्रजापति या सामान्य ऐतिहासिक प्रजापति से ही न ही है और "कोशिका प्रजापति" द्वारा सिद्धि प्रजापति का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए प्रजापति नैतिक से प्रजापति प्रजापति और नैतिक नैतिक नैतिक प्रजापति से ही न ही प्रजापति प्रजापति और "कोशिका प्रजापति" का कोई प्रभाव या सिद्धि/प्रजापति प्रजापति से ही न ही प्रजापति।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इयं कृत्यान्तः शिवः संस्तुतिः

Date of Surgery 12/12/18	Dr. Shanker Nag (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका का पता	Dr. Shanker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
-----------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत प्रयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 श्री वरुण 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 श्री वरुण 2
	