

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1242/1921 आवेदन क्रमांक :		APPLICATION DATE: 10/12/18 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: GOUR KUNDU आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 66 वर्ष-वर्ष	SEX: M लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ABHIRAM KUNDU पिता/पत्नी का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>MAHARAJA BALABAI BASTI, DURGAM CHOWK, HYDRABAD - 500004</u> वर्तमान निवास पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>MAHARAJA BALABAI BASTI, DURGAM CHOWK, HYDRABAD - 500004</u> स्थायी निवास पता					
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय			☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)		
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय					
PAN No. <u>NIL</u> PAN नंबर					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं? (जो मान्य हो उस पर तिकीट लगाएं)					
					Yes / No हां / नहीं
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध	
1.	GOUR KUNDU	66	M	SELF	
2.	RANUKA KUNDU	64	F	WIFE	
3.	TAPAK KUNDU	20	M	SON	
4.	LATIKA KUNDU	06	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता को दिलाने के लिए आधार					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया छविแน में जोड़ें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन आरक्षण कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया छविแน में जोड़ें)		☐ Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया छविแน में जोड़ें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने जाने वाली कार्यवाही:					
Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीतिपत्र से जुड़ी की गई प्रतिवेदन सूची					
Sr. No. क्रम संख्या					
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.				
2.	SURGERY - RE (SUCCESSION)				
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रही है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED ले जा रही सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: none on file.

- 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 यथार्थ बताऊँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह प्रमाण पत्र ही खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इससे प्राप्त की जायेगी "सहायता" केवल, केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगी, जो इस प्रमाण पत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यथार्थ बताऊँ कि मैं इस प्रमाण पत्र के अंतर्गत प्राप्त की गयी सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं प्राप्त करूँगी और न ही भविष्य में करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (above the line)

- 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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब इच्छा या अर्थात् की बात समझा, मैं (आवेदक) अपने नाम की छवि वगैरह हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता (कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, प्रकाशित वगैरह करने से मुझे प्रतिनिधित्व और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार का लाभ से उत्पत्ति करने से निराश अधिकृत है।) मैं प्रश्न का विवरण में इच्छा की बातों या कर वे करने से निराश "कोशिका फाउंडेशन" व भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रश्न में शामिल है मुझे प्राप्त: सहायता का इच्छा की बात। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उत्पत्ति भरोसे का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेक के इलाका मे अंदरे का बिहार



AGREEMENT by HOSPITAL. (WORTH THE WAIT)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (I/we/they) hereby affirm & accept following:

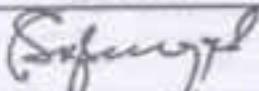
- 1) That we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इससे अधिक इलाकों को और से सारांशों के "बोलिया पाठ्यपुस्तक" में विभिन्न भाषाओं में लिखित भी मिले हैं, जिसे इन (अध्यापक) दिन-प्रतिदिन से काम में लीजाना चाहते हैं।

- 1) यह कि न तो सोवियत और न ही अमेरिकन में किसी सामान्य किसी के सामग्री संभव था किसी अन्य उद्योग से उच्च लेवेलिंग में होने या से रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोलिका पायरोसिस" से निपटारी/निपटि उच्च से उच्च में "कोलिका पायरोसिस" द्वारा चरित हो कि है। यदि "कोलिका पायरोसिस" द्वारा सामान्य किसी अधिक/अवस्था से अनुसूची की नियम ज्ञात है तो अत्यंत किसी अन्य के सामग्री संभव था किसी अन्य उद्योग से सामान्य होने का अधिकतम सुनिश्चित रहता है। इस सुनिश्चित 1982 तक ज्ञात है कि अत्यंत सुनिश्चित चर उच्च लेवेलिंग से किसी के सामग्री संभव था किसी अन्य उद्योग से नहीं संभव/संभव।
2. "कोलिका पायरोसिस" से ही यह सामान्य संभव निश्चित प्रकृति को है। ऐसे का इरादा था से यह ज्ञात था किने को उपचार/प्रतिक्रिया का सुनिश्चित होने एवं इरादा से सोच का नियम है और "कोलिका पायरोसिस" द्वारा किसी प्रकार का कोई एप्ले नहीं है। इसीसे इरादा में ऐसे को इरादा सुनिश्चित और ज्ञात ज्ञान को नहीं निपटारी होने एवं इरादा को सोच और "कोलिका" को कोई अधिकतम निपटारी उच्च ज्ञान में नहीं सोचें।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

ਭਾਈਬਲੀ ਅਤੇ ਸਿੰਘ ਸੰਸਥਾਨ

Date of Surgery 12/12/18	(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) Dr. Shankar Nag Reg. No. 10456	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Dr. Shankar Bagchi Director 100 B B Hospital, Adikavi Ashwari
FOR INTERNAL USE of KOPRKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 (Name of Trustee 1) 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (Name of Trustee 2) 