

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: W/128/1925		APPLICATION DATE: 12/12/18	
NAME of APPLICANT: MANATA WUTTA		AGE-YEARS: 66	SEX: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ANIL DUTTA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 1st Phase, Bannur, 700023, West Bengal			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above			
OCCUPATION: Housewife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ MARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)	
PAN No. Not Available			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1	MANATA WUTTA	66	F
2	ANIL DUTTA	68	M
3	SAVNIK DUTTA	10	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
☐ BPL Card	☐ EWS Certificate	☐ Ration Card	☐ Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Medical Reports/Prescriptions Attached: 1. Trauma Report - Cervical - L5			
2. Surgeon's - L5 (Surgery)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	

DECLARATION by APPLICANT: none yet none yet.

- 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 Kashioka 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता प्राप्त नहीं हो पायेगी।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशलिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में मैं परत रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से न तो अपने-आप को वापस करूँगा/करूँगी, न ही किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न तो इस मदद को वापस करूँगा/करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (attach and sign)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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.
- 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 उत्तरों का संबंध को काय समझें, मैं (अर्हक) अपनी साक्ष्य को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोच" को अधिकृत करता हूँ कि वे का, का, फोटो और मैं विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, जो "कोशिका" एनए न्यायो, का, काकाका द्वारा उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों को मिले बिना भी इसका उपयोग से प्रसारित करने में लिए अधिकृत है। वे प्रश्न का विवरण में इसका को जहाँ मैं का मैं करने में लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वे का, का, फोटो और विवरण को कि इसका को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे का; इसका का उपयोग नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" एनए उसके न्यायोच का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अनेकदा असे दिसत आहे की अनेकदा असे दिसत आहे



AGREEMENT by HOSPITAL (REFUSE OR NOT)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate for financial assistance from Koshika Foundation, we 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 अधिकतर इस्लामी को और से मानसिकता को "बलिष्ठा पाठशाला" से धिक्क करवाया हो। विपरीत को जाली है, जिसे हम (असलान) फिर जवाब से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कोरिया और न ही चीन में मिलियन घातक बिजली के साफ़ी संभव या किसी अन्य उद्योग से उच्च एंटीकॉरुप्शन में होने या हो रहे हैं, बल्कि कि इनके "कोरिया घातक" के निष्कर्ष/निष्कर्षों उच्च से उच्च में "कोरिया घातक" इस तरह से कि है। यह "कोरिया घातक" इस घातक बिजली कोरिया/चलाने से अनुभव की बिजली का है तो अत्यंत बिजली अन्य के साफ़ी संभव या किसी अन्य उद्योग से उच्च से उच्च होने का अधिकतम सुनिश्चित रखता है। इस सुनिश्चित से उच्च बना जाता है कि अत्यंत सुनिश्चित तरह उच्च एंटीकॉरुप्शन से बिजली के साफ़ी संभव या किसी अन्य उद्योग से नहीं संभव/होती।
2. "कोरिया घातक" के ही यह अत्यंत संभव मिलियन प्रकृति को है। ऐसे या इन्फ्रान्स्ट्रक्चर इस से यह उच्च या बिजली के उच्च/उच्च/उच्च का सुनिश्चित होने उच्च इन्फ्रान्स्ट्रक्चर के बीच का बिजली है और "कोरिया घातक" इस बिजली उच्च का कोई सुनिश्चित नहीं है। इन्फ्रान्स्ट्रक्चर में होने से उच्च सुनिश्चित और होने होने को बिजली निम्न/उच्च होने उच्च इन्फ्रान्स्ट्रक्चर को होने और "कोरिया" को कोई सुनिश्चित या निम्न/उच्च इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अतिरिक्त की तारीख 12/12/18	 Dr. S. Shankar Naik (Name of Dr. S. Shankar Naik, MBBS, MCh, FRCR) डॉ. एस. शंकर नायक (Name of Dr. S. Shankar Naik, MBBS, MCh, FRCR)	 Dr. S. Shankar Naik (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. एस. शंकर नायक (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्थिक उपेक्षा

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય શ્રી ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય શ્રી ૨
	