

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सहायता)



APPLICATION No.: K11218 | 1940

APPLICATION DATE: 12/12/18

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

ANITA DAS

AGE-YEARS वय-वर्ष

48

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम

SUHAN DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान बसाई का

DANTAVATIPUR, DAKSHIKA KHADAK, DAKSHIN
JHARAY, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासीय का

- AS ABOVE -



OCCUPATION:
कारोबार

HOUSE WIFE.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवेचित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष लेखन)

PAN No. आय जात नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
आप जात जात कर रहे हैं (जो यात्रा की जात या सारी का विवर साझा)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरीब विवर

Sl. No. आय नंबर	Name of Family Member घरीब के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	ANITA DAS	48	F	SELF-HUSBAND
2.	SUHAN DAS	56	F	WIFE
3.	SUJITA DAS	26	F	DAUGHTER
4.	JHARAY DAS	51	M	SON
5.	ABDUL KHAN 1985	13	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवास के लिए लिखी जानी जाती

BPL Card (Attach Card Copy) एपीएल के साथ जात या (जात या की जात जी संलग्न का)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एस व्ही के जात या (जात या की जात जी संलग्न का)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (जात या की जात जी संलग्न का)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आवास हेतु लिए गए लिखी का उत्तराः

Sl. No. आय नंबर	Medical Reports/Prescriptions Attached आवासवादिका के लिए कोई ज्ञान संलग्न सूची संलग्न
1. 1. TYPHOID- ANAEMIA- Le.	
2. Surgery- Le (Gastric)	

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उत्तराः के हेतु कोई अन्य साक्ष लिखी अन्य साक्ष से लिया गया हो?

Sl. No. आय नंबर	NAME of OTHER SOURCE अन्य साक्ष का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED साक्ष से लिया गया

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन करने वाले का घोषणा

- 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 अप्लिकेशन के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बारे में जानकारी देता हूँ कि मैंने कोई ऐसी सत्यता का उल्लंघन नहीं किया है कि जो विवरण की सत्यता का उल्लंघन करने के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बारे में जानकारी है।
- 2) मैंने कोई ऐसी सत्यता दी नहीं है कि कोई विवरण की सत्यता को गुप्त विवरण के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बारे में जानकारी है।
- 3) मैंने कोई ऐसी सत्यता दी नहीं है कि कोई विवरण की सत्यता को गुप्त विवरण की सत्यता के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बारे में जानकारी है।

AGREEMENT by APPLICANT: अप्लिकेशन करने वाले का घोषणा

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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) मैंने इस अप्लिकेशन के बिंदु पर आई विवरण के बारे में जानकारी दी है कि "कोशिका प्राचीन विवरण की सत्यता के बिंदु पर, जो विवरण की सत्यता के बिंदु है, जो "कोशिका" का नाम, ठाकुर, राजा, राजानीति या इसके उपरी विवरण की सत्यता के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बिंदु नहीं है। मैंने इस अप्लिकेशन के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बिंदु पर आई विवरण के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बिंदु नहीं है।

2) मैंने इस अप्लिकेशन के बिंदु पर, जो विवरण की सत्यता के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बिंदु है जो कोशिका का नाम नहीं है। यह विवरण की सत्यता के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बिंदु है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

जानकारी के बारे में जानकारी का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: अस्पताल का घोषणा

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 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/procedures 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.

इस अस्पताल, जिसमें हम आवेदन की कोशिका प्राचीन विवरण की सत्यता के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बिंदु है।

1) यह विवरण की सत्यता के बिंदु विवरण की सत्यता के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बिंदु है। यह विवरण की सत्यता के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बिंदु है। यह विवरण की सत्यता के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बिंदु है। यह विवरण की सत्यता के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बिंदु है। यह विवरण की सत्यता के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बिंदु है।

2) "कोशिका प्राचीन विवरण" के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बिंदु है। यह विवरण की सत्यता के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बिंदु है। यह विवरण की सत्यता के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बिंदु है। यह विवरण की सत्यता के बिंदु पर आई विवरण की सत्यता के बिंदु है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
मानीकृत के लिए संकेती

Date of Surgery अंडोलन की तिथि: 12/12/18	Dr. H. Banerjee, MD (OPHTH) (Name of Dr. H. Banerjee, MD with Stamp) SRRH NO. 100, 1st Floor, Sector 10, Noida, UP - 201301	Shri Sanjeev Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory of the Hospital) SRRH NO. 100, 1st Floor, Sector 10, Noida, UP - 201301
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अन्तर्बोध उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यौते उपरी 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यौते उपरी 2