

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1218/1963		APPLICATION DATE: 13/10/18			
NAME of APPLICANT: NAZMA BANU		AGE-YEARS 55	SEX F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD. SUWAN				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: U/S B.L.S. BHAT PARA, KASHIMARA, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS, MEDINIPUR, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AT ABOVE					
OCCUPATION: HOUSE WIFE					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)			
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.	NAZMA BANU	55	F	SELF	
2.	MD. SUWAN	63	M	HUSBAND	
3.	MD. AMIE	04	M	SON	
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. DIAGNOSIS - CATARACT - L.					
2. SURGERY - L. (CICFOL)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोदय एन सीएस वः

- 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 यहाँबतलाना हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूपमें प्रमाण पत्र प्राप्त है तो यही प्रमाण पत्र को वाकफ़ी है।
- 2) मैं यहाँबतलाना हूँ कि "कीटिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिली है, उसका उपयोग यही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में बतलाना है।
- 3) मैं यहाँबतलाना हूँ कि मैं इस प्रमाण पत्र पर उल्लेख की मदद, या अन्य किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach 100 word)

- 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 रूप या मुद्रा प्रस्ताव या पत्रों को आप समझें, मैं (अर्हक) इससे सहमत हो चुका हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे आप, नाम, पते और को विवरण इस रूप में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" दफ्तर, गैर, समझते हुए उद्देश्य में मुझे प्रेषित/प्रसारित और प्रकाशित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। वे आप का विवरण में प्रस्ताव को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्हक) इस रूप में सहमत हूँ कि वे आप, नाम, पते और विवरण को बिना आपकी सहमति के प्रेषित/प्रसारित/प्रकाशित कर सकते हैं। इससे आपको प्राप्त होने वाली सहायता का कोई भी अधिकार नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" दफ्तर अंतिम निर्णायक और अप्रतिपक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अधिकारों के समुदाय के अंतर्गत आते हैं।



AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH ITU WOULD)

By affixing her/his 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.

हमारे अधिपति, राजाओं की ओर से पालासें को "कोरिना पालासें" से विभिन्न नामों से पुकारा जाता है, जिसे हम (राजपूत) फिर पाला से नाम न लेते हैं।

- 1) यह कि न तो सांसार और न ही अधिका में किसी आत्मा का किसी भी आकाशी संस्कार या किसी अन्य उचित से उक्त ऐतिहासिकों में होने या तो हो है, बल्कि कि इनके "अधिका आकाशिक" से जिवात्मिकिकी उक्त से अन्तर में "अधिका आकाशिक" हुए बाद हो कि है। और "अधिका आकाशिक" हुए आत्मा किसी अधिकात्मक से गुप्त नहीं कि ज्ञात है तो आत्मा किसी अन्य से आकाशी संस्कार या किसी अन्य अन्तर में आत्मा होने का अधिका सुनिश्चित रहता है। इस सुनिश्चित में उक्त कहा जाता है कि आत्मा का जिस प्रकार उक्त ऐतिहासिकों से हो किसी भी आकाशी संस्कार या किसी अन्य अन्तर में नहीं संभव होता।
2. "अधिका आकाशिक" से तो यह आत्मा अधिका अधिका प्रकृति की है। ऐसे में इन्हीं के हुए ही यह आत्मा या जिने अपने अन्तरात्मिक का गुण होने ही अपने अन्तर में होने का निश्चय है और "अधिका आकाशिक" हुए किसी अन्तर का कोई रहस्य नहीं है। इन्हीं के इन्हीं में होने से उक्त गुण और अपने अपने को नहीं विवेकी होने ही अपने अन्तर में होने और "अधिका" को कोई अधिका या अधिका होने ही अपने अन्तर में होने ही है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सभीकुली के लिए संभुति

Date of Surgery 13/12/18	Dr. A. Kundu MBBS, MCh (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) 	 Dr. Anil Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) 
-----------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कशीक फाउण्डेन

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राचार्य प्रमुख 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राचार्य प्रमुख 2
	