

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेते आयोग प्राकार		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No.: संवेदन संख्या : KJ1218/1969	APPLICATION DATE: संवेदन तिथि : 12/10/18	AGE-YEARS वय-वर्ष : 58	SEX लिंग : M	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : BASU PAUL	FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पितृ/स्त्री का नाम : NARAYAN CHANDRA PAUL			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी पता : MANICKPURI, NARAYAN CHANDRA ITALGACHHA, NORTH 24 PARGANAS, HADIA, WEST BENGAL.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्ति स्थायी पता : - AS ABOVE -				
OCCUPATION: पेशी : LABOURER	MARRIED (प्रेरित) / UNMARRIED (अप्रेरित) (Attach Proof of Income) (आप का साधा प्रमाण)			
TOTAL ANNUAL INCOME: वार्षिक कमाई : Rs 1800x12 = 21600/-				
PAN No.: एपीएन संख्या :				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): आप का जब भर दाता है (जो सब की उमा पर लागी जो विवर साहारी) Yes / NO हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	BASU PAUL	58	M	SIDE BROTHER
2.	LIPSI PAUL	37	F	WIFE SON
3.	BASU PAUL	99	M	
4.	CHANDRA PAUL	90	F	TOUGH-TEA MOTHER
5.	KALI PAUL	15	F	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिन्हित करें:				
BPL Card (Attach Card Copy) एपीएल कार्ड की उमा पर (उमा पर की जाए जीव संतान की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसएस कार्ड की उमा पर (उमा पर की जाए जीव संतान की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (उमा पर की जाए जीव संतान की)	Any Other Basis/Proof अन्य कीर्ति कार्ड	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता देते लिए जानी जा रही वज़ूँ:				
Sr. No. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जारी की गई अधिकैर सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS- CROHN'S - LE.			
2.	SURGERY- Lp (Sigmoid)			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता दिली जानी जाए तो?				
Sr. No. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ही एक सालमें किए		

DECLARATION by APPLICANT ଅର୍ଥାତ୍ ଆସୁଣ୍ଟଙ୍କ ଘର୍ଷଣା କରି

- 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 इसका बता करता हूँ कि यह जाति से होने वाली वित्तीय सहायता के लिए उपयोग करना चाहता हूँ। यह वित्तीय सहायता का उपयोग आपकी जीवन की ज़रूरतों के लिए ही है।
 2) मैं इसका बता करता हूँ कि "सहायता का उद्देश्य", यह बोलता है, जाति सहायता की उपयोग की उद्दीप्ति वा उपयोग का उद्देश्य, जो कुछ जाति की ज़रूरत है।
 3) मैं इसका बता करता हूँ कि यह जाति सहायता की नहीं है, यह जाति का वित्तीय सहायता का उपयोग करने की ज़रूरत है और यह जाति की ज़रूरत है।

AGREEMENT by APPLICANT (check or write)

- I) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use publish/upload/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 fulfilment 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.

)) इस सत्ता का अपने उत्तराधिकारी को नियुक्त की जान लगता, यह "वैधतिक" नाम समझी जो युद्ध काल है। एवं "वैधतिक" वादी वास्तवीकरण और उत्तराधिकारी को अधिकृत करता है जिसे में यह नाम, यह, उत्तराधिकारी को नियुक्त करने वाला है, यह "वैधतिक" इस- व्यापी, यह, वाक्याद्य एवं उद्देश्य से युक्ती वैधतिकीयी को उत्तराधिकारी द्वारा उत्तराधिकारी द्वारा नियुक्त किया जाना चाहता

१० अप्रैल २०१५ - ४३ वर्षीय श्री रमेश कुमार शर्मा ने अपनी जिला विधायक सभा के बैठक में इसका विवरण किया।

23 वे (प्राचीन) इस बात से सम्बन्धित है कि यह नाम, नाम, फोटो और विवरण जैसे कि साक्षात् का उत्तरार्थ में सम्बन्धित है युक्त वाकः। साक्षात् का उत्तरार्थ यही वाकः। इस वाकेवाले "विद्वान्" एवं उसके "विद्वानों" का विवरण विस्तृत और व्यापकतरी रूपांग।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

जनकुमार के अंतिम वार्षिकीय विद्यालय



AGREEMENT by HOSPITAL (SIGN IN RED INK)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koalika 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 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.

इसी अधिकार का लाभ उन्नति की ओर से प्राप्तिप्राप्ति को "विद्युत व्यापारों" में विभिन्न व्यापक रूप से विस्तृत की जाती है।

२. "सीमित प्राप्तिशक्ति" में भी वह समाज की संरक्षण विधियाँ शामिल नहीं हैं। ऐसी एक समाजिक दृष्टि में वह समाज का विवेद वह समाजिक विवरण का अनुभव होता है जो समाज के साथ सम्बद्ध नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
समीक्षा द्वारा संकेतित

Date of Surgery अंतिम शुद्धी की तिथि	Dr. A. Kundu MBBS, MS <i>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</i> कामना की तारीख व डॉक्टर का नाम	Sabu Sankar Bagchi Director Satyameva Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) कामना की तारीख व डॉक्टर का नाम
19/12/18	<i>(Signature)</i>	

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION कोशिका ट्रस्ट के

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ग्रन्ती क्रिया 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ग्रन्ती क्रिया 2
	