

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building Block of life	
APPLICATION No. : ५११२१८/१९३१		APPLICATION DATE : १३/१२/१८			
NAME of APPLICANT : DEVI RAJAK		AGE-YEARS : ५०	SEX : F		
FATHER/SPOUSE'S NAME : MASHROO RAJAK					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : JERASAPPA, BHATTARAJA, DASTUR, JY. DARGA, GANDHI, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
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.	DEVI RAJAK	50	F	SELF	
2.	MASHROO RAJAK	51	M	HUSBAND	
3.	DEBANK RAJAK	05	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	1. DIAGNOSIS - CATARACT - R.E.				
Sr. No.	2. SURGERY - R.E. (Cataract)				
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 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 यहाँ 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 यह बताना गलत है जो मेरी प्रार्थना सिद्ध हो या अन्यथा है।
- 2) मैं इस से प्रार्थना करती "कौशलिक फाउण्डेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल प्रार्थना की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पद पद है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि इस प्रार्थना से मैं या मेरे परिवार को कोई भी, इस या किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न तो लाभ है और न ही भविष्य में लाभ

AGREEMENT by APPLICANT (attach to next)

- 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.

- 1) इस प्रश्न का उत्तर इसका या कोई भी एक सत्यवाक्य है (आपके) अपनी सामग्री को सुनिश्चित करें कि "भौतिक" यादों का और उनके "मालिक" को अधिकृत करने के लिए यह, यह, कोई भी जो विचार इस प्रश्न में भौतिक है, उसे "भौतिक" सत्य, मालिक, यह, सत्यवाक्य सुनिश्चित करने में सुनिश्चित और उपस्थिति को निम्न निम्न के द्वारा सत्य के प्रतीति करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का विचार में प्रश्न को सत्य या सत्य के सत्य के लिए "भौतिक" यादों का अधिकृत है।
- 2) वे (आपके) इस बात में सत्य हैं कि यह सत्य, यह, कोई भी विचार को कि प्रश्न को उपस्थिति में प्रतीति है। यह प्रश्न, प्रश्न का उत्तर को सत्य में "भौतिक" सत्य उनके "मालिक" का निम्न अधिकृत और सत्यवाक्य सत्य।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

andrew@wisc.edu



AGREEMENT by HOSPITAL (NUMBER 000 000)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate for financial assistance from Koshika Foundation, we (Nosibisi) 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 अलग, इलाहाबादी की ओर से गणपतिली की "बीफिन्स गान्धोल" से मिली जानकारी है। जिससे हम (अनुमान) कि यह प्रजा से नाम न अलग करती है।

- [illegible]

2. "कोविड पायरेटेल" से जो यह सामान संभव जितन प्रकृति को है। ऐसी या इनसान इस से यह समझ या जिने को उपकार/उपेक्षा का सुझा ऐसी एवं इनसान से शोध का विषय है और "कोविड पायरेटेल" इस विषय प्रकाश का और प्रकाश नहीं है। इसविषय इन्सान में ऐसी से इसका सुझा और जाने जाने को सभी विविधता ऐसी एवं इनसान को इसी और "कोविड" को और प्रविष्टा या विविधता इस प्रकाश में नहीं छोड़े।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अजीमगली के लिए संयुक्ति

Date of Surgery 13/12/18	Dr. A. Kundu (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) 13/12/18	Dr. Sanjay Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) 13/12/18
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 13/12/18	SIGNATURE of TRUSTEE 2 13/12/18	