

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building Block of life

APPLICATION No.: K11218/1972

APPLICATION DATE: 13/12/18

NAME of APPLICANT: ANITA SHAN

AGE-YEARS 42

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUNIL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास

SECTOR 21 KANUNGA BAHADUR  
CAPITAL NORTH 24 PARAGANAH WEST  
MANGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास

- AS ABOVE -

OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)  
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. XXXX XXXX

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आप आय कर का दाता हैं (जो नाम हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / No  
हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1.                     | ANITA SHAN                                        | 42                         | F              | SELF                                          |
| 2.                     | SUNIL SHAN                                        | 53                         | M              | HUSBAND                                       |
| 3.                     | PARUL SHAN                                        | 19                         | F              | DAUGHTER                                      |
| 4.                     | PARUL SHAN                                        | 16                         | M              | SON                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए किसी आधार

|                                                                                              |                                                                                                    |                                                                                 |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| SPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे आय पर<br>(आय पर की जाय प्रति संलग्न की) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग आय पर<br>(आय पर की जाय प्रति संलग्न की) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>रसयोजना कार्ड<br>(आय पर की जाय प्रति संलग्न की) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साधन |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT - LE                                                                    |
| 2.                     | SURGERY - LE (SILENT)                                                                        |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

DECLARATION by APPLICANT: अर्थकृष्ण एन सी

- 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 Kushiya 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 insurance/employment company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह प्रमाण पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि यदि मुझे कृषिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता की मांग की है।
- 3) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए किसी अन्य बीमा/रोजगार/नियोक्ता से कोई भी रकम वापस नहीं लेनी है, और न ही भविष्य में लेनी है।

## AGREEMENT by APPLICANT (attach two ways)

- 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/print-upreproduce 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 फार्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) यहाँ सहमत हो चुका हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्रातृवर्गों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते और कोई भी विवरण इस फार्म में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, छापा, सार्वजनिक रूप से उत्प्रेषण से मुद्रित ऑनलाइन और ऑफलाइन के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाश करने में लिप्त अधिकृत है। ये फार्म का उपयोग की जायज हो पाये या नर ने करने में लिप्त "कोशिका फाउंडेशन" व भ्रातृवर्ग अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण जो कि फाउंडेशन को उपदेष्टावे में प्रेषित है कुछे काल: फाउंडेशन का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उदात्त भ्रातृवर्ग का निर्णय अंतिम और अप्रत्यस्त होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

andrew wilson was the first to visit me there



AGREEMENT by HOSPITAL. (एवमंत इय हस्पल)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hosdital) 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 अधिक, इलाहाबादी की ओर से गान्धेजी के "अहिंसा चरमोत्थान" से जितने प्रभावित हुए दिखाए जा सकते हैं, जिसे हम (हमारे) निम्न उद्धरण से स्पष्ट व सीधा कर सकते हैं।

- [illegible]

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अयोध्या के लिए संकल्प

|                                                       |                                                                                                         |                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br><b>13/12/18</b> | Dr. A. Kundu<br>MBB3, MS<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डा. अ. कुन्दु का नाम व इलाका के साथ | Bhish Sankar Bagchi<br>Director<br>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory<br>on behalf of Hospital)<br>डॉ. ब. सं. बगच का नाम व इलाका के अधिकृत अधिकारी |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE OF KOSHYKA FOUNDATION      ગ્રંથગીચા ઉપયોગ માટે

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>साथी इशारेक 1                                             | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>साथी इशारेक 2                                              |
|  |  |