

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : 1. K11218/1989 APPLICATION DATE : दिनांक : 12/12/18

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : TARULATA GANGULY AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 65 SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : KANAI GANGULY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : DATUN CHHATA MAHATMABARMA NORTH OF MARGANAC HIGHWAY, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : - AS ABOVE -

OCCUPATION : / व्यवसाय : HOUSE WIFE. MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : / कुल वार्षिक आय : NIL (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. / पैन संख्या : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) : Yes / No हाँ / नहीं : ☒ No

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से क्या संबंध
1.	TARULATA GANGULY	65	F	SELF
2.	KANAI GANGULY	79	M	HUSBAND
3.	SUDHIR GANGULY	41	M	SON
4.	SUREN GANGULY	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) : आधार के तहत विवरण : ☒ BPL Card

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE : साहाय्य हेतु किने गए निम्नलिखित कारण : ☒ Medical Reports/Prescriptions Attached

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / संप्रमाण/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न की गई प्रतिकृति प्रदान की गई
1.	Diagnosis - Cancer - Re.
2.	SURGERY - Re (Sigmoid)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES : इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य साहाय्य किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई साहाय्य राशि

DECLARATION by APPLICANT: mine go mine va

- 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 Kashioka 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 पर बताना हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं बताना प्रमाण सत्य नहीं है तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इससे यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशलिक परामर्शदाता", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल प्रार्थना की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण में स्पष्ट रूप से है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस प्रमाण से प्राप्त की गई सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त की गई सहायता के साथ नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (below this line)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- (1) इस प्रश्न का उत्तर इच्छा या नहीं के तहत करना है। (आवेदक) अपनी पहचान की पुष्टि करते हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टीज" को अधिकृत करते हैं कि वे नाम, पता, चोटों और बी विषय पर इस प्रश्न में उल्लेख है, इसे "कोशिका" द्वारा जारी, दूर, कल्पना द्वारा उपयोग के मुद्रा वीडियो/प्रिंट और डिजिटल में उनके बिना भी उच्च स्तर से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे नाम, पता, चोटों और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के उत्तरों के प्रसारित है। मुझे बताएं: आपका क्या इच्छा की संख्या। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई जानकारी का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अनुसंधान के अंतर्गत वा संश्लेषण का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट हॉस्पिटल द्वारा)

By affixing her/his/their signature below, the undersigned hereby affirms & accepts 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 अधिवृत्त, इकाई की ओर से चालकपट्टी की "कॉलिंग फ्रीक्वेंसी" से मिलित वापस हो चुकी होती है, जिसे इन (इकाई) नियंत्रण से चालक पट्टी को चलाया जाता है।

- 1) यह कि न तो अविचार और न ही अविचार में विचार सम्भव किसी भी सामग्री सम्बन्ध या किसी अन्य अर्थ में उक्त ऐतिहासिकों में होने या हो रहा है, यही कि इन "बौद्धिक परावर्तन" में विचारविमोचन तथा न तो सम्भव है "बौद्धिक परावर्तन" इस तरह हेतु कि है। यदि "बौद्धिक परावर्तन" इस सम्बन्ध विचारों अविचार/अवस्था हेतु समुदाय की किम ज्ञान है तो सम्भव किसी अन्य भी सामग्री सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्ध में सम्भव होने का अविचार सुनिश्चित नहीं है। इस दृष्टि में 1997 कहा जाता है कि सम्भव विचार पर उक्त ऐतिहासिकों हेतु किसी भी सामग्री सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्ध में नहीं सम्भव/संभव।
2. "बौद्धिक परावर्तन" से ही यह सम्भव संभव विचार प्रकृति की है। ऐसी या सम्भव इस दो यह अर्थ का कि न तो सम्भव/अविचार का समुदाय होने एवं सम्भव न तो ही का विचार है और "बौद्धिक परावर्तन" इस किसी प्रकार का कोई सम्भव नहीं है। इसीलिए सम्भव में होने में सम्भव समुदाय और न तो होने की नहीं विमोचन होने एवं सम्भव की होने और "बौद्धिक" की कोई सम्भव या विमोचन इस सम्बन्ध में नहीं होने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

સમીક્ષાતી એ વિષય સમીક્ષા

Date of Surgery अर्जित की तारीख 13/12/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Hospital No. With Stamp) Dr. A. Kundu, Surgeon, SSK Hospital, Patna	Shub Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Dr. B. K. Prasad, Director, SSK Hospital, Patna
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत प्रयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 श्री श्री गुरुजी 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 श्री श्री गुरुजी 2
	