

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	KI121811989	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	13/12/12
NAME of APPLICANT: आवेदन का नाम:	HARADHAN SAHA	AGE-YEARS: वय-वर्ष:	50

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पितृ/पत्नी का नाम:	TARAK SAHA
---	------------

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान वासस्थान
CIR RAMESH MITRA ROAD, KALYANI,
NORTH BENGAL, WEST BENGAL PINCODE 700032
WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक वासस्थान
PK ABBOVIA

OCCUPATION: पेशी:	LABOURER.	MARRIED (PREM) / UNMARRIED (MITHRI)
----------------------	-----------	-------------------------------------

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक वात	Rs 20000 x 12 = 24000/-	(Attach Proof of Income) (ग्रन्थ का साथ लाभान्वयन)
---	-------------------------	---

PAN No. एपीएन नंबर:	ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): कृष्ण वात का वात है? (जो वात हो तो उसे पारदर्शक लाभान्वयन करें)	Yes / No हाँ / नहीं
---------------------	--	------------------------

FAMILY DETAILS घरीबी विवरण				
Sr. No. अनु संख्या	Name of Family Member घरीबी के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant घरीबी के साथ सम्बन्ध
1.	HARADHAN SAHA	50	M	SELF
2.	SUCHITA SAHA	24	F	HUSBAND
3.	SUNITA SAHA	19	F	DAUGHTER
4.	KALUMA SAHA	13	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए लिंग अनुच्छेद				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी वात के लिए प्रवान वात (प्रवान वात की वात ग्राही संस्थान की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मध्य वात के प्रवान वात (प्रवान वात की वात ग्राही संस्थान की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रवान वात की वात ग्राही संस्थान की)	Any Other Basis/Proof अन्य लिंग अनुच्छेद	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिंग ग्राही विवरों का उत्तराय:				
Sr. No. अनु संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवासानिक विवरों से जुड़ी की गई इलियेन सूची महसूस			

1. <i>DIAGNOSTIC- PATRONIT - Rs.</i>
2. <i>SURGERY- Re (Gastr Pol)</i>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उत्तराय के हेतु किसी अन्य सहायता विवरों अनुसार से लिया गया हो?		
Sr. No. अनु संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य संस्थान का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सहायता की मात्रा



DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन करने वाले का घोषणा पत्र:

- 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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं निम्न दस्तावेज़ में दिए गए सभी विवरण और जाहाजी में आगे बढ़ने वाले चले हैं: यह निम्न दस्तावेज़ का उपयोग करके मैं इसी रूपाने दस्तावेज़ को उत्तम रूप से दिखाना चाहता हूँ।
- 2) मैं इस दस्तावेज़ को "कोशिका भवान-बैंगला", मेरी घर-घरी वाली जाली में धूप दिखाना चाहता हूँ, जो इसे बड़ी विशेषता देती है। इसका उपयोग नहीं किया जाना चाहता है।
- 3) मैं यह दस्तावेज़ को दूसरे व्यक्ति को दिखाना चाहता हूँ, जो भी कोशिका भवान-बैंगला का नाम जानता है और इसकी सेवाएँ प्राप्त करता है।

AGREEMENT by APPLICANT: अप्लिकेशन करने वाले का घोषणा पत्र:

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/put/republish/upreproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to virtual, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its 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.
- 1) मैं इस दस्तावेज़ को अपनी जाली को जाल जाला, यह (अप्लिकेशन) जाली जाहाजी की धूप दिखाता है कि "कोशिका भवान-बैंगला" का निम्न दस्तावेज़ को यह दस्तावेज़ द्वारा दिखाया जाएगा, जो "कोशिका" द्वारा बनाया गया जाली जाला जाहाजी में धूप दिखाने की उपलब्धता है। मैं इस का विवरण दिलाता हूँ कि यह दस्तावेज़ में यही दस्तावेज़ द्वारा दिखाया जाएगा।
- 2) मैं (अप्लिकेशन) इस दस्तावेज़ में यह दस्तावेज़, यह दस्तावेज़ को जाल जाला द्वारा दिखाया जाएगा तथा यह दस्तावेज़ में "कोशिका" द्वारा दिखाया जाएगा तथा यह दस्तावेज़ को जाली जाला जाहाजी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेशन करने वाले का विवर



AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पिटल द्वारा कराया)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 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.
 - 3) यही नियम, जाहाजी की धूप दिखाने की उपलब्धता है, यह दस्तावेज़ द्वारा दिखाया जाएगा, यह दस्तावेज़ में यही नियम हो जाएगा।
 - 4) यह कि न यह दस्तावेज़ और न ही विवरण में दिखाया जाएगा यही कि जाली जाला यह दस्तावेज़ में धूप दिखाने की उपलब्धता है। यह कि "कोशिका भवान-बैंगला" द्वारा यह दस्तावेज़ में धूप दिखाया जाएगा, यही विवरण दस्तावेज़ में धूप दिखाया जाएगा। यह कि न यह दस्तावेज़ में धूप दिखाने की उपलब्धता है। यह कि न यह दस्तावेज़ में धूप दिखाने की उपलब्धता है। यह कि न यह दस्तावेज़ में धूप दिखाने की उपलब्धता है। यह कि न यह दस्तावेज़ में धूप दिखाने की उपलब्धता है।
 - 5) "कोशिका भवान-बैंगला" में यह नहीं दस्तावेज़ दिखाया जाएगा। यह कि न यह दस्तावेज़ में धूप दिखाने की उपलब्धता है। यह कि न यह दस्तावेज़ में धूप दिखाने की उपलब्धता है। यह कि न यह दस्तावेज़ में धूप दिखाने की उपलब्धता है। यह कि न यह दस्तावेज़ में धूप दिखाने की उपलब्धता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

जालीजाली के लिए संलग्न

Date of Surgery
जालीजाली की तिथि
13/12/18

Dr. A. Kundu
MBBS, MS

(Name of Dr. & Regd. No./with Stamp)
Suraksha नाम के साथ जालीजाली की तिथि: *Centre*

Sankar Bagchi
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Suraksha F. on behalf of Hospital)
जालीजाली की तिथि के साथ जालीजाली की तिथि:

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

जालीजाली दस्तावेज़ है

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी दस्तावेज़ 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी दस्तावेज़ 2