

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation BUILDING BLOCKS OF LIFE	
APPLICATION No.: K/1218/2004 आवेदन क्रमांक:		APPLICATION DATE: 4/12/18 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: अर्जदार् का नाम GOLBAHAR LASKAR		AGE-YEARS माह-वर्ष 46	SEX लिंग F.	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/संवधन का नाम JUBBAN LASKAR				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पत्ता DHAHLAMAT ANTHAKMANIAK MATHEUPUR-I SOUTH W BIRGANJAE, MUZZAFFARPUR, NERET BIHAR				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पत्ता - AT ABOVE -				
OCCUPATION : व्यवसाय COOK	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय Rs 1200x12 = 14400/-	(Attach Proof of Income) (आय का दायित्व संलग्न करें)			
PAN No. प्राप्त या नहीं	☒ Yes / No हाँ / नहीं			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (को मान्य हो उस पर चक्राई को तिरछा लगाएँ)				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अर्जदार से संबंध
1.	GOLBAHAR LASKAR	46	F	SELF
2.	JUBBAN LASKAR	57	M	HUSBAND
3.	KAVIJI LASKAR	25	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार				
RPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा की नीचे डूबला पात्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) ग्रामपंचिका कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायका हेतु किने करने बिनाये का उद्देश्यः				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगराश्ट्र/दीक्षा हो गली को गर्ड अतिरेकर सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIC CATAPLEXY Re.			
2.	SURGERY-Re (Gastric)			
ASSISTANCE BEING AWAIRED from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य सोते से लिखा गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य सोते का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED ले गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन माना जायेगा तो उसे मेरी प्रार्थना निरास भी न करेगी है।
- 2) मैं इस बात का आग्रहपूर्वक प्रतिज्ञा करता हूँ कि यदि मुझे कोई सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से पूर्ण या आंशिक रूप से मुक्ति नहीं पाऊँगा, न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मुक्ति मिलेगी और न ही भविष्य में मुक्ति।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/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 its 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 प्रकरण में मेरी हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर, मैं (आवेदक) आगे की बातों का स्वीकार करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, या अन्य किसी भी माध्यम से, जिसमें लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, आदि शामिल हैं, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए। मेरी फोटो और विवरण का उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्णत्व के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के द्वारा प्रकाशित करने से मुझे कोई भी अधिकार नहीं मिलेगा। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करने के लिए मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन के भरोसे पर निर्भर होगा, और उनका निर्णय इस मामले में अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठा लगा दें

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले और भविष्य में भविष्य में "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से निवृत्त होने की गारंटी है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण में सहायता नहीं मांगेंगे।

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के लिए मांगेंगे, जो हम कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त नहीं की जाती है। यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त नहीं की जाती है, तो हम कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता मांगेंगे। यह पुष्टि करने के लिए कि कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए हम कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया कोशिका फाउंडेशन के द्वारा निर्धारित है, जो रोगी और कोशिका फाउंडेशन के बीच है। इसलिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए हम कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत करने के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/12/18	Dr. K. GHOSH MS, D.D., FRCS Reg. No. - 50971 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और पता	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और पता
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसेदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसेदार 2
	