

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

K/12/8/2073

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

13/12/18

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

NAMITA BISWAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

DULBUL BISWAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास

376, PARCHEM, PANSTIA, PANIHATI, NORTH-24
PARAGANAS, JALDIGHI, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय

House wife.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)Yes / No
हां / नहीं

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 आवेदक से सम्बन्ध
1.	NAMITA BISWAS	50	F	SELF
2.	DULBUL BISWAS	50	M	HUSBAND
3.	KAJALITA GHOSH	26	F	DAUGHTER
4.	SONNATH BISWAS	22	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा को संलग्न करें (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) रसदोस्ती कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्मान्/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी कोई भी डॉक्टर/डिपेंडेंट प्रतिलिपि संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - Ls (SURGERY)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED तो वह सहायता कितनी

DECLARATION by APPLICANT: 2009 02 04 14:45 44

- 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 Kashiwa 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 यहाँबत कर रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जाय तब भी मैं उसे सही प्रमाण पत्र के तहत ही मान रहा हूँ।
- 2) मैं इस बात का प्रमाण पत्र "कीटिका फाउन्डेशन", से सही है, इसका उपयोग सही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में उल्लेख है।
- 3) मैं यहाँबत कर रहा हूँ कि मैं इस प्रमाण पत्र पर प्रमाणित नहीं कर रहा हूँ, कि मैं इस उद्देश्य के लिए या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से लिया है और मैं इसी उद्देश्य के लिए ही हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (unless the word)

- 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-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.
- 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 प्रश्न का जवाब सत्यता या झूठों को ध्यान रखकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्षी की मुद्रि लगा रहा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यात्रियों, दान, समर्थन प्राप्त करने के लिए प्रचारिक और प्रसारणिकों से लिखे बिना भी इस सम्मान से प्रकाशित करने से हिचक नहीं करेगा। मैं इस बात निश्चित हो जाऊंगा कि मेरे नाम या पते से होने वाले किसी "कोशिका फाउंडेशन" से यात्री अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सत्यता से उद्धरण से प्रमाणित है कुछ लाभ, सम्मान या इतरथा नहीं पाएगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उनके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अप्रवर्धनी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपका यह प्रस्ताव या अंग्रेजी का निराकरण



AGREEMENT by HOSPITAL (STAFFS per WOT)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Principal) 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.

हार्द अविभक्त, हार्दको को अरु से खालीरहेको को "बोसिमा चाम्देसन" ले विजित भएका हुन् विजयिता भौ जस्तै हो, यिने हुन (इन्ज्याल) सित्त प्रकाश से आफ्नो न जरीया नको हो।

- 1) यह कि न तो कॉलेज और न ही पुलिस में किसी छात्र/छात्रा किसी भी छात्र/छात्रा को उच्च एंटीनाल में लेने या ले जाने है, जैसे कि इनमें "कोलिका पायनेटा" से निपटारा/निर्णय उच्च में सम्पन्न है। "कोलिका पायनेटा" द्वारा यह है कि "कोलिका पायनेटा" द्वारा छात्र/छात्रा किसी अधिकार/कर्म से मुक्त नहीं किया जा सकता है जो छात्र/छात्रा किसी अन्य के छात्र/छात्रा या किसी अन्य छात्र/छात्रा से छात्र/छात्रा लेने या अधिकार सुरक्षित रखता है। इस मुद्दे में स्पष्ट यह है कि छात्र/छात्रा द्वारा यह उच्च एंटीनाल से किसी भी छात्र/छात्रा को किसी अन्य छात्र/छात्रा से नहीं छोड़ा/लेता।
2. "कोलिका पायनेटा" से जो भी छात्र/छात्रा कोलिका पुलिस प्रभुता को है। एंटीनाल द्वारा जो भी छात्र/छात्रा या किसी भी छात्र/छात्रा का मुक्त लेने एवं छात्र/छात्रा को लेने का विचार है और "कोलिका पायनेटा" द्वारा किसी छात्र/छात्रा का कोई छात्र/छात्रा नहीं है। इसीलिए छात्र/छात्रा में एंटीनाल से छात्र/छात्रा मुक्त और जाने जाने को नहीं छोड़ा/लेता एंटीनाल से छात्र/छात्रा को छोड़ें और "कोलिका" को छोड़ें पुलिस या क्लिबेटरी इस मामले में नहीं छोड़ें।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

समीक्षकों के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. के साथ स्टैम्प	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद द्वारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत प्रयोग के लिये

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય શબ્દક 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય શબ્દક 2
	