

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: K/218/2104 APPLICATION DATE: 19/12/18

NAME of APPLICANT: RAM CHANDRA MALI AGE-YEARS 71 SEX M

FATHER/SPOUSE'S NAME: RAMSHEWAR MALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BULI PARA, LIARHOLA, WARD NO-20, UTTARPARA, HOOGHLY, 712245, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: UNEMPLOYED MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक आय)

PAN No. यदि प्राप्त हो

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No हा/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 के साथ संबंध
1.	RAM CHANDRA MALI	71	M	SELF
2.	UPENDRA MALI	40	M	SON
3.	SHRAWAN MALI	38	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) एनडी रेखा के नीचे 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 (उपभोग्य पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उचित/उचित दवाइयों की प्रतिलिपि
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (VICSTIOL)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक इत भेन वः**

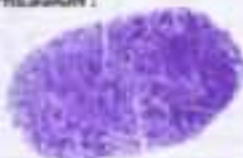
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप से सत्य नहीं है तो मेरी प्रार्थना निरास हो या खराब हो।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना के लिए या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach 200 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-up/republish 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 पर उत्तर देना या उत्तर न देना आपका अधिकार है। मैं (आवेदक) यहाँ स्पष्ट कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत कर रहा हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, चित्र, प्रकाशन द्वारा माध्यमों से मुझे प्रोत्साहित और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने में निरुद्ध अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विचार मेरे उत्तर के पक्ष में करने में निरुद्ध "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि फाउंडेशन के ट्रस्टी के अधिकार में प्रकाशित है मुझे उत्तर। फाउंडेशन का उत्तर मेरे पक्ष में "कोशिका" द्वारा उत्तर के अधिकार का निर्णय अधिकृत और अप्रकारणी होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

andrew w. gurnea w. andrew w. gurnea



AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH TO NDC)

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.

कानून अधिकार: कानूनवादी की ओर से कानूनवादी की "अधिकार कानूनवादी" से मिलित कानूनवादी से मिलित की जाती है, जिसे इस (कानूनवादी) नियम कानून से कानून व अधिकार कानून है।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित प्रावधान किसी भी राजपूत संघपाल या किसी अन्य संघ से इसका उपयोग करने में होने या हो जाने, जैसे कि इनमें "कोटिका राजपूत" से विधायक/विधायिका का नाम या नामचक्र में "कोटिका राजपूत" का प्रयोग करना है। यह प्रावधान किसी भी राजपूत संघपाल या किसी अन्य संघपाल से राजपूत होने का अधिकार प्रमाणित करता है। इस प्रावधान में अन्य बातें हैं कि अगला प्रावधान राजपूत संघपालों को किसी भी राजपूत संघपाल या किसी अन्य संघपाल से नहीं संघपाल/संघपाल।
2. "कोटिका राजपूत" से ही यह प्रावधान संघपाल विहित प्रमाणित की है। ऐसे में अगला प्रावधान यह है कि राजपूत या किसी अन्य राजपूत/राजपूत का प्रमाण ऐसे में अगला प्रावधान से ही प्राप्त है और "कोटिका राजपूत" का प्रमाण प्रमाणित की है। इसीलिए अगला प्रावधान में ऐसे में राजपूत प्रमाण और अन्य बातें की खोज विधायक/विधायिका ऐसे में अगला प्रावधान की खोज और "कोटिका" की खोज प्रमाण या विधायक/विधायिका इस प्रावधान में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इन्दीयाणी के निरु संमलुति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 19/12/18	 Anjanjay Giri (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.	 Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) अथ व अर इलाका व पंजी. नं.
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION 内部使用専用印

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય શશિભાઈ ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય શશિભાઈ ૨
	