

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

  
foundation
   
Building Block of life.

APPLICATION No.: K/0119/2169

APPLICATION DATE: 1/1/19

NAME of APPLICANT: MUNNA CHOWDHURY

AGE-YEARS: 49  
SEX: M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOVIND CHOWDHURY



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बरिपुर बलाकोप माल

26 TU-JALA LANE, TIL-JALA, SOUTH 24 PARGANA  
700039, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: बरिपुर बलाकोप माल

— AS - ABOVE —

OCCUPATION: सुरक्षा

SECURITY GUARD

MARRIED (प्रिय) / UNMARRIED (अप्रिय)

TOTAL ANNUAL INCOME: नूस गार्ड भय

Rs. 2000X 12 = 24,000

(Attach Proof of Income)  
(भय का साल्य संतान)

PAN No. स्टाई ब्रात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
भय भय जाए कर चाहे है (जो नाम ही उस पर सही का निशान हाथरहे)Tax / No.  
ई / ची

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. इन संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant उपरेक के भाव व्यवह
1	MUNNA CHOWDHURY	49	M	SELF
2	SUNITA CHOWDHURY	52	F	WIFE
3	KARTICK CHOWDHURY	12	M	SON
4	ANU CHOWDHURY	11	F	SON
5	SUMAN CHOWDHURY	11	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
प्राप्तया के लिये विचार अवधि

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य की व्यवह
गर्भवती देवी के नीचे प्राप्त राह (प्राप्त राह भी जाव भी संतान की)	आप जाव वर्ग प्राप्त राह (प्राप्त राह भी जाव भी संतान की)	उपरोक्त कार्ड (प्राप्त राह भी जाव भी संतान की)	

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

जामना हेतु किये जाने वित्ती का उद्देश्य:

Sr. No. इन संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मर्माण्वाक्षर से जावी वीर्य प्रतिवेदन सूची संतान
1	MAGNOLES- CARDIOP- Le.
2	CURGERY- Le (Cicco+Tot)
3	
4	
5	

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता वित्ती अवधि संतान से लिया गया है?

Sr. No. इन संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED स्तर वीर्य संतान राही

**DECLARATION by APPLICANT: नवाएँ द्वारा पैराम कर:**

- 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 अपने कानून में लिखी गई विवरण सेरीज़ कानूनी में आमतौर पर बहुत ज्ञान वाले होते हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कानून कानून वाले होते हैं तो उनीं कानून विवरण भी यह कानून है।
  - 2) मैं इस में नामों की "कोशिका चाहौदारी", जो लोगों को है, आवाज़ उनकी उठाए जूहीं में लिखा जाता है, जो इस कानून में दर्शाया गया है।
  - 3) मैं यूट्यूब कानून में दर्शाया गया अधिकारी की ओर से हूं, जो लोगों का नामों पर वकाल विवरण भी यह कानून कानूनी में दर्शाया गया है और यह कानून में दर्शाया गया है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अप्रिल द्वारा करना)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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 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) इस कानून में लिखा गया जो कानूनी की जान साक्षात्, जो (अप्रिल) नामों कानूनी कानूनी की यूट्यूब कानून में "कोशिका चाहौदारी" की अधिकारी कानून में दर्शाया गया, जोड़ी और यह विवरण इस कानून में दर्शाया गया है, जो "कोशिका" एवं नामों, जान, वर्णन कानून यूट्यूब एवं इलेक्ट्रॉनिक में लिखी गयी विवरणों की लिखी विवरणों ये उत्तर जानकारी कानूनों के लिए अधिकृत हैं। यह कानून का विवरण में जानकारी की ओर से यह कानून में दर्शाया गया है तो उत्तर जानकारी के लिए अधिकृत है।
  - 2) मैं (अप्रिल) इस कानून में लिखा गया, जान, जोड़ी और विवरण जो यह कानून के लिए अधिकृत है यूट्यूब कानून का उत्तर जानकारी की ओर से "कोशिका" एवं उत्तर जानकारी का विवरण जानकारी और वर्णन की ओर से।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अप्रिल के उत्तर जानकारी के लिए



**AGREEMENT by HOSPITAL (उत्तर द्वारा करना)**

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 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.

इनमें अधिकृत, इसकानी की ओर से वर्णन की ओर से "कोशिका चाहौदारी" में लिखा जानकारी की ओर से है, जिसे इस (उत्तर) जिस कानून में जान व संकेत कानून है।

- 1) यह यह कानून के उत्तर जानकारी और यह की अधिकृत में लिखा जानकारी की ओर से यह कानून की अधिकृत में लिखी गयी विवरणों में लिखी गयी है, जो "कोशिका चाहौदारी" में लिखी गयी विवरणों में लिखी गयी है। यह "कोशिका चाहौदारी" द्वारा यह कानून में लिखी गयी विवरणों में लिखी गयी है। यह कानून का उत्तर जानकारी की ओर से यह कानून की अधिकृत में लिखी गयी है। यह कानून की अधिकृत में लिखी गयी है।

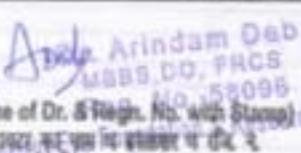
2. "कोशिका चाहौदारी" में लिखी गयी विवरण अधिकृत है। यह कानून की अधिकृत में लिखी गयी विवरण अधिकृत है। यह कानून की अधिकृत में लिखी गयी विवरण अधिकृत है। यह कानून की अधिकृत में लिखी गयी विवरण अधिकृत है। यह कानून की अधिकृत में लिखी गयी विवरण अधिकृत है। यह कानून की अधिकृत में लिखी गयी विवरण अधिकृत है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
समीक्षक के लिए संकेत**

Date of Surgery

अंगीकार की तिथि

01/01/19

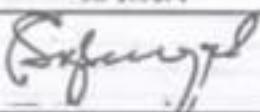
  
**Dr. Arindam Dab**  
MBBS, DGO, FRCS  
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp/Certif)  
राजकीय कानूनी विधायक विधायक विधायक

  
**Shubhankar Bagchi**  
Director  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व उपचार कानून की अधिकृत विधायक

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्मुख उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नाम व उपयोग



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नाम व उपयोग

