

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रेखांकन)

APPLICATION No.: K/0119/2371

APPLICATION DATE: 01/01/19

NAME of APPLICANT: PADMARANI DAS
आवेदक का नाम

AGE-YEARS वय-वर्ष SEX लिंग
59 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: TARAPADA DAS
पिता/स्त्री का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PHULSPAL HOOGHLY 712416

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: WEST BENGAL

— AS - ABOVE —

OCCUPATION: HOUSEWIFE

MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (विवेचित)
(Attach Proof of Marriage)
(आवेदक का साथ प्रमाणिक)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

PAN No. आयडी नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable)
आवेदक ज्ञाप दर दाता है (जो ज्ञाप हो उस पर जाही का नियन्त्रण होता है):

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. इयं संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	PADMARANI DAS	59	F	SELF
2.	NACHINATH DAS	20	M	HUSBAND
3.	APU DAS	25	M	SON
4.	DAPU DAS	20	M	SON
5.	CANDIP DAS	28	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विवरी ज्ञाप

SPL Card (Attach Card Copy) गटी रेता के लिए इच्छा ज्ञाप (ज्ञाप वह को करा जाती रहता है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ज्ञाप ज्ञाप कर्ता इच्छा ज्ञाप (ज्ञाप वह को करा जाती रहता है)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (ज्ञाप वह को करा जाती रहता है)	Any Other Basis/Proof ज्ञाप कोई ज्ञाप

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये जाने वाली का उद्देश्य:

Sr. No. इयं संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से आई जो गई औषधियों की सूची महत्व
1.	DIAGNOSIS- AMBROG- Le.
2.	SURGERY- Le (Chest/TOF)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता लियी जाने सकती है यहां लिया गया है?

Sr. No. इयं संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ही गई सहायता राशि



DECLARATION by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा घोषणा करते हुए:

- 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 प्रेस्ट बता दूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण तथा जाहाजी में अनुकूल रूप से लाई हैं। यदि कोई विवरण ऐसे बदलने का चाहता है तो मैंने उपरान्त विवरण की जगह भी।
 2) मैं इस जैसे जाहाजी की "वॉल्यूम चार्ट-बैरेंस", में जैसा लाई है, जाहाजी जौही उत्तर की ओर की दूरी में दिए विषय बर्ताव, जो इस फॉर्म में दिया गया है।
 3) मैं यूट बता दूँ कि यह वापरान्त दूँ पर अप्राप्त भी नहीं है, क्योंकि कोई वापरान्त विवरण विवरण का अनुकूलित-वापरान्त बनाने के लिए यह विवरण नहीं दूँ दिया जाएगा।

AGREEMENT by APPLICANT (check one box)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 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.

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

Review of current and future trends



AGREEMENT by HOSPITAL (PHASE TWO END)

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.

^{२४} यहाँ अधिक विस्तृती की लिंग से विवरिती को "विशिष्ट प्राचीनता" से विविध विभाग में विवरित की जाती है। विद्युत इम (उपकरण) विष उपलब्ध से बाहर के संदर्भ में विवरित की जाती है।

- 13) यह कि यह संस्कृत और वह ही भवित्व में विशिष्ट सामाजिक किसी वैदिक संस्कृत या किसी अन्य संस्कृत से इस उपर्युक्तस्तों में संगी या से रखे हैं, यैसे कि इसके "बौद्धिक सामग्री-संकलन" में विशिष्टताविलिमि उसके साथ ही "बौद्धिक सामग्री-संकलन" द्वारा यहर दीया गया है। यह, "बौद्धिक सामग्री-संकलन" द्वारा सामाजिक विशिष्टताविलिमि संस्कृत की किस तरफ ही से सम्बन्धित किसी अन्य या सामाजिक संस्कृत या किसी अन्य सामाजिक से सम्बन्धित उपर्युक्त उपर्युक्त है। इस पृष्ठ में स्पष्ट बता चाहा है कि सामाजिक उपर्युक्त यहर उस उपर्युक्तस्तों से दीया गया विशिष्टता वाला उपर्युक्त है।

2. "कौशिं चातुर्वेदान्" से ही यह व्याख्या लोकत विद्यि प्रमुखी भी है। ऐसे यह इतना एवं यह व्याख्या का विवेचन करने वालों द्वारा उल्लेखनीय बन गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संवेदनी के लिए संतुष्टि

Date of Surgery अंगोल की तारीख	 Arindam Deb MS, DO, FRCS Reg. No. - 58096 (Name of Bc & Regn. No. with Stamp) Centre 1762, का नाम व इकाई के संग्रहीत	 Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) का नाम व इकाई के संग्रहीत
-----------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम संकेत ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम संकेत 2
	