

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life		
APPLICATION No.: K/0119/2289		APPLICATION DATE: 05-01-2019		 		
NAME of APPLICANT: DURGARANI MAJHI		AGE-YEARS: 54				SEX: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PROBODH MAJHI		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PART NO 141, BATHPUKUR, BASIRAHAT, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE						
OCCUPATION: HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)				
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं): हां / नहीं						
FAMILY DETAILS परिवार विवरण						
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध		
1.	DURGARANI MAJHI	54	F	SELF		
2.	PROBODH MAJHI	57	M	HUSBAND		
3.	YOLA MAJHI	20	M	SON		
4.	INDRA MAJHI	21	M	SON		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार						
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)		
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण						
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने पत्र निम्नी का उद्देश्य:						
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न					
1.	DIAGNOSIS - CATHETER - RE					
2.	SURGERY - RE (STES + IOL)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?						
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि				

DECLARATION by APPLICANT: જાહેર દ્વારા ધોરણ પર:

- 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 यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही ले रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण पत्र में उल्लेख है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से कुछ भी वापस नहीं ले रहा हूँ, उस पर कोई भी व्यय वापस किया जायेगा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से लिया है और य इसी प्रमाण पत्र में उल्लेख है।

AGREEMENT by APPLICANT (below the line)

- 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/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 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 दायर या अपने दायरा या दोनों को सब समझकर, मैं (आवेदक) अपनी छावनी की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यायो" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस दायर में प्रकाशित है, उसे "कॉशिका" एनएल न्यायो, रात्र, चक्रवर्तन द्वारा उत्प्रेषण से मुझे लॉजिस्टिक्स और इन्फ्रामिनिटी के बिना किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशिक्षण करने के लिए अधिकृत है। मेरे दायर का विषय मेरे दायर के पते या घर के पते के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि साक्षात् मेरे उत्प्रेषण से प्रशिक्षण है मुझे प्राप्त; साक्षात् का उपयोग नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एनएल उसके न्यायो का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

andrew ke gannat ka aage ka firan



AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH DO YOU)

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.

काले, लीकवाट, कालवाले को और से साफलेपनी को "लीकवाट साफलेपनी" से लिपि प्रमाणित हो गिराविल की जाती है, जिसे इन (इसका) निम्न प्रकार से नाम न लीकवाट काले है।

- [illegible]

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संभवति

Date of Surgery अतिरिक्त की तारीख 05-01-2019	 Dr. Shanker Nag MBBS, MS. (OPHTH) (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) राजस्थान का जलवायु व वातावरण अनुसंधान केंद्र	 Shibi Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जल व पर्यावरण अनुसंधान केंद्र
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

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