

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता देते जायेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 <small>Building block of life.</small>		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K/0819/1108	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:			7/8/19
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	SHILPA DUTTA CHOWDHURY	AGE-YEARS आयु-वर्ष:	73	SEX लिंग:	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MONOTOSH DUTTA CHOWDHURY पिता/स्त्री का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासस्थान पाली ASHOKENAGAR KALYAN GAON MUNICIPALITY ISWARGACHA, NORTH 25 PARKNARS, 73222, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासस्थान पाली					
<u>- AS ABOVE -</u>					
OCCUPATION: उद्दासी	MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (अजीवित)				
TOTAL ANNUAL INCOME: वार्षिक कुल आय	Rs. 1800 x 12 = 21600/- (Attach Proof of Income) (आय का स्वेच्छा संतोष)				
PAN No. स्वीकृत संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): बहु आय अद्य कर दाता है (जो मात्र ही उस पर मात्र का निशान लगता है)		Yes / No हाँ / 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.	SHILPA DUTTA CHOWDHURY	73	F	SELF	
2.	RUBLI BHOWMIK	52	F	DAUGHTER	
3.	MONOTOSH DUTTA	50	M	SON	
4.	MONITA DUTTA CHOWDHURY	77	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गटीबों रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाति संतोष की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्पताल गाँव पत्र (प्रमाण पत्र की जाति संतोष की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाति संतोष की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायात्रा हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आप्यायक/डॉक्टर से जाही को गई प्रतिवेदन सूची संतोष				
1. DIAGNOSIS - CATARACT - RE					
2. SURGERY - RE (SICS - IOL)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता फिराए जाना चाहिए से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा घोषणा की

- 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 बात हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण एवं जनकारी के अनुसार सचेत एवं एक हूँ। यह बोर्ड विवरण एवं काम का सामान याप्त नहीं है तो यही मानवता विषय की कामकाली है।

2) मैं इस जै समाज की "वर्तीवाक्यावलोकन", से जुँग नहीं हूँ, लाला उपर्युक्त उमीद बोर्ड दो दृष्टि से दिये विचार बोर्ड, जो इस प्रकार में सह याप्त है।

3) मैं उपर्युक्त दृष्टि से दिये विचार बोर्ड का वर्तीवाक्यावलोकन की ओर से यह प्रक्रम की ओर से हूँ, इस दृष्टि का वर्तीवाक्यावलोकन विषय की संघर्षों के सह लिया है और वही विभिन्नता है जिसका।

AGREEMENT by APPLICANT (check all boxes)

- 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 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 req: _____/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 प्रकार सा आवेदन करते हुए जल्दी सहायता की तुलना है एवं "कोटीज़ों का प्रदान और उनमें व्यापारों" को अधिक करता है कि ये पर्यावरण, पर्यावरण को बढ़ावा देते हैं, जो विवरण इस प्रकार नहीं दर्शित है, जो "कोटीज़ों" एवं नवाचार, नवाचार एवं नवाचार में जुटी गतिविधियाँ और उपगतिविधियाँ हो जिससे भी इसका व्यापक हो द्विमतिल करने के लिए अवश्यक है। ये प्रकार का विवरण में इतना कि जल्दी सहायता का बाबत है कि इस के लिए "कोटीज़ों का प्रदान" या नवाचार अधिकृत है।

2) ऐसे (जारीकर) इस बाबत में सहायता है कि मंत्र नाम, नाम, चोटी और विवरण जो कि सहायता के उद्दीपनों से जुड़ी हैं युक्त भूमि; सहायता का हक्कदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोटीज़ों" इसके नवाचारों का विवरण दर्शित है और जल्दी की होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

संस्कृत के विभिन्न विषयों का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (FIRM AND DATE)

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 this matter.

- १) यह कि न हो संभव और वह ही परिणाम ये निश्चय साहस्रका किसी भी समझी संसार पर किसी अन्य तरीके से उत्तर देने द्वारा होनी चाहिए ये संभव होने वाले हैं, जैसे कि हमने "कौटिल्य कालदंडल" से निश्चयित्वाद्वारा उत्तर के साथ में "कौटिल्य कालदंडल" द्वारा प्राप्त हुए हैं। और "कौटिल्य कालदंडल" द्वारा साहस्रका विकल्प असिक्षकामकाल हेतु प्रयुक्त की किया जाता है तो साहस्रका किसी अन्य वा यादगारी संसार पर किसी अन्य साहस्रका हेतु का अधिकार सुनिश्चित नहीं है। इस दृष्टि में सचेत कहा जाता है कि असमान द्वितीय प्रयत्न उक्त गोरीबालपाल हेतु किसी भी साहस्री संसार पर किसी अन्य साधन से नहीं संभव होते।

२) "कौटिल्य कालदंडल" में भी यही साहस्रका अंतर्गत निश्चय प्रदृष्टि भी है। हेतु वह साहस्रका हाथ ही नहीं साहस्रका द्वारा ही नहीं साहस्रका ये किसी गव्य द्रव्यकामकाल का चुनाव ही नहीं द्वारा हमारका वंश के बीच का विषय है और "कौटिल्य कालदंडल" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखने वाली है। इन्हींने साहस्रका में ही की वह द्रव्यकामकाल है जो जाने जी सही विष्येश्वरी हेतु एवं हमारका भी होती और "कौटिल्य" की खाद्य भूमिका एवं विष्येश्वरी इस साधने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्कृति		Chief Consultant Surgeon, Director Susrut Eye Foundation & Research C.
Date of Surgery अंगोत्तर की तारीख 7/1/19	Dr. Arunabh Das MBBS, MS. Reg. No.-69372 Name of Dr. & Regn. No. with Stamp सुरुत आँगोत्तर का नाम व हस्ताक्षर नं ६९३७२	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Supervision

SIGNATURE of TRUSTEE 2
संचालक २

line B