

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : K/11119/1979		APPLICATION DATE : 5/11/2019			
NAME of APPLICANT : PARBATI SHAW		AGE-YEARS अनु-वर्ष 73			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LAXMI SHAW		SEX लिंग F			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता JAY PRAKASH NAGAR, NORTH 24 PARGANAS, HOOGLY, WEST BENGAL		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता AS ABOVE			
OCCUPATION : HOUSEWIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1500 X 12 = 18000/-		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)			
PAN No. स्वायं छात्र संलग्न					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगावे)		Yes / No हां / 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 सम्बन्ध	
1	PARBATI SHAW	73	F	SELF	
2	SHIV PRAKASH SHAW	49	M	HUSBAND	
3	ANONID SHAW	47	M	SON	
4	SAMBHU SHAW	42	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु: किये गये विपत्ती का उद्देश्य					
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSTICS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (STEPS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यः

- 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/employees insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वाच्य अथवा गलत ज्ञात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी दृढ़ बात है सहायता यदि "कौशलिक प्रशिक्षण", से ही जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/निर्धन/अन्य कम्पनी से न ही भुगतान करूँगा और न ही भुगतान करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and date)

- 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 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 का अर्थ इसका यह अर्थ है कि आप सहमत हैं (अनुरोध) करने चाहते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करने हैं कि वे आप, आप, फोटो और विवरण इस प्रश्न में प्रदान की, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, प्रकाशित करने द्वारा प्रत्यक्ष से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसा करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का विवरण में इसका के अर्थ है कि आप के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व गतिविधियों में।
- 2) मैं (अनुरोध) इस बात से सहमत हैं कि वे आप, आप, फोटो और विवरण को कि सहायता के अर्थ है कि उन्हें सहायता का इकाई को बचाए इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके गतिविधियों का निर्णय अधिकृत और सम्मानित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

આવેલક એ દાસકાર એ અંગુઠે એ નિશાન



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हवाई अड्डा, हवाईरुमी की ओर से सफाये/छेनी को "कोशिका सफाये" के विधि पर लागू हो। पिछड़ित को नहीं है, जिसे इन (हमपात) निम्न प्रकार से सफाये व महीनार करते हैं:

1. यह कि न तो सर्वजन और न ही परिवार में विभिन्न सामान्य किसी भी सामग्री संयोजन या किसी अन्य संबंध से उभर ऐसी-यसमते में लेने का तर्क है, जैसे कि इनमें "कोटिंगा फायर-वेयर" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उभर के कारण में "कोटिंगा फायर-वेयर" हुए अगर हेतु कि है। यदि "कोटिंगा फायर-वेयर" हुए सामान्य विविध अतिरिक्त/अवकाश हेतु समुद्र या/कि जहा है तो अवकाश किसी अन्य भी सामग्री संबंध या किसी अन्य समायोजन से सामान्य लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्तर्गत द्वितीय परर उभर ऐसी-यसमते हेतु किसी भी सामग्री संबंध या किसी अन्य कारण से नहीं संबंधित/लेते।
2. "कोटिंगा फायर-वेयर" से ही नई सामान्य संयोजन विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इन्तजाल हुए ही यह सातक या बिने नये उपकरण/प्रक्रिया का धुनार ऐसी एवं इन्तजाल के बीच का विषय है और "कोटिंगा फायर-वेयर" हुए किसी प्रकार का कोई दायन नहीं है। इसलिये इन्तजाल में ऐसी के इतल मुराज और अपने अपने की सारी बिन्दे/ऐसी ऐसी एवं इन्तजाल को छोटी और "कोटिंगा" की कोई भविष्य या बिन्दे/ऐसी इस मामले में नहीं छोटी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संसद

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/11/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका के अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भगती इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भगती इलाका 2	
		