

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेत् आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रोगपति)	 Building block of life.	
APPLICATION NO.: आवेदन संख्या : K11119/2001	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 6/11/2019	AGE-YEARS वयस्-वर्ष : 49	SEX लिंग : M	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम : SHAMBHU DAS	FATHER'S/SPouse's NAME: जीवन्ति का नाम : CHANDANA DAS			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बायजन जनजीवन पता BAGHUNDIPUR, KHANDAGHOSA, BURDWAN, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्ति जनजीवन पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: अधिकार : SECURITY GUARD	MARRIED (मिहिल) / UNMARRIED (अमिहिल) (Attach Proof of Income) (जीवन का साधन प्रमाण)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय : Rs 2200X12 = 26400/-				
PAN No. जन्म संख्या : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): जीवन आप जन्म कर रहे हैं (जो जन्म हो रहा पर जीवन का नियन सहित)	Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS घरीब विवरण				
Sr. No. जन्म संख्या	Name of Family Member घरीब के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SHAMBHU DAS	49	M	SPOUSE
2.	CHANDANA DAS	24	M	WIFE
3.	SUJANTA DAS	20	M	SON
4.	SUJANTA DAS	20	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित करें				
EPL Card (Attach Card Copy) गटी रेत के नीचे इसका तर (इसका तर को जाकर छोड़ सकते हैं)	EWHS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्म जन्म वर्ती इसका तर (इसका तर की जाय छोड़ भेजन को)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इसका तर की जाय छोड़ सकते हैं)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सहायता	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता ढेत् किये गये चिह्नित का उद्देश्य:				
Sr. No. जन्म संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवासायिक ते जारी की गई इलियेन सूची जल्दी			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — I.E (SIC3 + 10)			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के ढेत् कोई अन्य सहायता कियी जाने रही हो से लिया जाय हो?				
Sr. No. जन्म संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य संस्कृत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED रुपी गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूं कि इस प्राप्ति मेरे सभी विवरण सेरी बालकारी के समुदाय का एक है। भी कोई विवाह एवं काम का जल्द है तो मेरी बालकारी की यह सकती है।
 - 2) मैं इस नीचे लिखा हुआ "बोधिकार प्राप्तीकरण", से लौ जा चुकी हूं, उसका उपयोग यही उद्देश्य की भूमि पर ही लिखा जायेगा, तो इस प्राप्ति में यह गलत है।
 - 3) मैं युक्त करता हूं कि वित बालकारी है यह प्राप्ति की गई है; उसी तरीका अनुसार यह सहज फ्रेड विक्से मन औडिनियोक/बोय्स कम्पनी से न हो सकता है और न ही अधिकारी ने दिया।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा)

- 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 प्राप्ति पर अपने इमारत का नाम भी अपने लाभकारी को युक्त करता हूं कि "बोधिकार प्राप्तीकरण वीर तालों जारीरों" को अधिकृत काल है इस द्वारा कर, पर, कोटी और से विवाह इस प्राप्ति में दीखता है, जो "बोधिकार" एवं नाम, पर, कालकारी द्वारा उद्देश्य से नुस्खी बोधिकारीरों और उपलब्धियों से लिखे गयी थी प्रसार चालने पर आमतिक कानून के तहत अधिकृत है। मेरे जल्द यह विवरण मेरे उद्देश्य के चक्रों पर बढ़ते पर बढ़ते वे चक्रों के लिए "बोधिकार प्राप्तीकरण" जो नामी अधिकृत है।
 - 2) मैं (अवेदक) इस वाले से जापान हूं कि मेरा जन्म, पर, कोटी और विवाह जो मैं बालकारी के उद्देश्यों से जुड़ा है युक्त वाला; बालकारी का इकायर यही बालकारी इस प्राप्ति में "बोधिकार" एवं उक्त के नामीरों का विवरण दीर्घ और बालकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के इमारत का नाम भी यह लिखा

AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पातल द्वारा)

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.
- हास्पातल, इसका भी नाम भी बालकारी को "बोधिकार प्राप्तीकरण" से विवरण दी युक्त है, जिसे इस (हास्पातल) द्वारा प्राप्ति की गयी है।
- 1) यह कि वे अधिकृत वीर तालों जारीरों में विवरण दी गयी है। इसका उपयोग यह विवरण का उद्देश्य अन्त में उद्देश्य के उद्देश्यों में लिखे गए हो रहे हैं, जैसे कि इसमें "बोधिकार प्राप्तीकरण" से विवरण दी गयी है। यह कालकारी द्वारा जो "बोधिकार प्राप्तीकरण" द्वारा यह विवरण दी गयी है वीर तालों जारीरों के उद्देश्यों से जुड़ा हुआ गया वाला विवरण अन्य वीर तालों जारीरों के उद्देश्यों से जुड़ा हुआ है। इस युक्ति में उद्देश्य का अधिकार युक्ति वाला है। इस युक्ति में उद्देश्य का अधिकार युक्ति वाला है। इस युक्ति में उद्देश्य का अधिकार युक्ति वाला है। इस युक्ति में उद्देश्य का अधिकार युक्ति वाला है।
 - 2) "बोधिकार प्राप्तीकरण" से लौ जा नई बालकारी वीर विवरण दी गयी है। ऐसी वीर वाली विवरण दी गयी उपलब्धियों का युक्ति वाली वीर वाली विवरण है और "बोधिकार प्राप्तीकरण" द्वारा दी गयी विवरण दी गयी है। इसीसे बालकारी ने ऐसी वीर वाली विवरण दी गयी है। इसीसे बालकारी ने ऐसी वीर वाली विवरण दी गयी है। इसीसे बालकारी ने ऐसी वीर वाली विवरण दी गयी है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए योग्यता

Date of Surgery
बालकारी की तिथि
6/11/2019

Dr. Nalinshik Karan
MBBS, DO, DNB
Regd. No.-53729
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
शिवाय वाले वीर वाली विवरण दी गयी है।

Dr. Nalinshik Karan
MBBS, DO, DNB
Regd. No.-53729
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

यह वीर वाली विवरण दी गयी है।

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अवेदक दर्शन है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इमारत 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इमारत 2