

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1119/2002 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 6/11/2019 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: ALOKA MALIK आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 58	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BHAKTI MALIK पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MAUJA PUTNE, AKAMBAGH, HOUGHALY 712601, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: HOUSEWIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 13000 X 12 = 18000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)	
PAN No. क्या है/संलग्न			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	ALOKA MALIK	58	F
2.	BHAKTI MALIK	63	M
3.	SANJIV MALIK	35	M
4.	ABHINAV MALIK	32	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) महिला रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE		
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक वर्ष सहायता राशि	



DECLARATION by APPLICANT: **স্বাক্ষরিত হইতে**

- DECLARATION by APPLICANT: **आवेदनकर्ता द्वारा घोषणा की जाती है:**
- 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 घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सहायता प्राप्त बात है उसे मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कौशिका फाउन्डेशन", से ली गई सहायता, केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस आवेदन में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से, इस फाउंडेशन या कौशिका फाउन्डेशन के किसी अन्य प्रायोजक/रोजगारकर्ता/बिमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (10456 DIV 90A)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपने सम्पत्ति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में संक्षिप्त हैं, इसे "कोशिका" द्वारा मसौदा, पत्र, साक्षात्कार इत्यादि माध्यमों से मुझे प्रशिक्षणों और उपस्थितियों के लिये बिना मेरे प्रत्यक्ष करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सामग्री के माध्यम से प्रसारित है मुझे इसका साक्षात्कार या हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपका यह इलाक़ा या अंगुठी का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hoskote) hereby affirm & except 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

उत्तरी अफिरका, इरानकी की ओर से गणपतदेवी की "कोटिका पञ्चमंडल" से विधिप आगमन हेतु विकसित की गयी है, जिसे हम (इसकायत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि वे तो यौनिक और न ही यौनिक में विभिन्न राज्याणा किसी गैर साक्षरी संरक्षण या किसी अन्य स्त्री से उच्च ऐंगीयमले में लेने या ले रही है, जैसे कि इनमें "यौनिकता कायदेना" से विपरीत/विपरीत उच्च को समझ में "यौनिकता कायदेना" हुए मगर हेतु कि है। यदि "यौनिकता कायदेना" हुए राज्याणा विपरीत अतिरिक्त/समस्त हेतु मगर नहीं किंचित सत्य है तो सत्यता किन्ती अन्य गैर साक्षरी संरक्षण या किसी अन्य सत्यता से राज्याणा लेने का यौनिक सुनिश्चित राज्या है। इस सुनिश्चित में सत्य सत्य सत्य है कि अत्यन्त द्वितीय मगर उच्च ऐंगीयमले हेतु किसी गैर साक्षरी संरक्षण या किसी अन्य सत्यता से नहीं लेना/लेगी।
- 2) "यौनिकता कायदेना" से ही सत्य सत्य यौनिक सुनिश्चित की है। ऐंगीय पर इत्यन्त हुए तो सत्य सत्य या विपरीत गये उच्च/अतिरिक्त का सुनिश्चित ऐंगीय एवं इत्यन्त के बीच का विपरीत है गये "यौनिकता कायदेना" हुए किसी उच्च का कोई उच्च नहीं है। इत्यन्त इत्यन्त में ऐंगीय के इत्यन्त सुनिश्चित और गये सत्य की सत्य विपरीत ऐंगीय एवं इत्यन्त की ऐंगीय की "यौनिकता" की कोई सुनिश्चित या विपरीत हुए सत्य में नहीं लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्पण की तिथि 6/11/2019	Dr. Manohar Karan (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पं. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 विश्वेश्वर इलाका	SIGNATURE of TRUSTEE 2 विश्वेश्वर इलाका	
		