

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	<b>Koshika</b> foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	K/1119/2005	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	7/11/2019
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	SHIKHA MALLICK		AGE-YEARS मात्र-वर्ष 64
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कनूप का नाम	NEMAICHANDRA MALLICK		SEX लिंग F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बासिन जल्दीय स्थान		PURBA HALLA, SONARPUR, SOUTH 24 PARGANA, WEST BENGAL	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई जल्दीय स्थान		<u>AS ABOVE</u>	
OCCUPATION: अपना काम	COOK		MARRIED (सिवारि) / UNMARRIED (अमिश्वरि)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक काम	RS 2100 X L2 = 25200/-		(Attach Proof of Income) (काम का साक्ष प्रमाण)
PAN No. स्थाई संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप अकाउंट कर रहे हैं (जो काम हो उस पर सही का निराजन होता है)			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवर्त विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member जीवित के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग
1.	SHIKHA MALLICK	64	F
2.	NILU MALLICK	30	SON
3.	SNAPAN MALLICK	33	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित करें			
EPL Card (Attach Card Copy) गवर्नर रोल के नीचे उपर्युक्त (इकान या कोई जावा नहीं दर्शाता है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मर्यादित वर्ष इकान या (इकान या को जावा नहीं दर्शाता है)	Ration Card (Attach Copy) उपर्योगी नहीं (इकान या को जावा नहीं दर्शाता है)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई संकेत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिह्नित का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौतिर से लाई की गई प्रतिवेदन भूली भूलान		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 इसी गई सहायता की रकम	

DECLARATION by APPLICANT: मार्गीक घट अंगठा राज़

- 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 Kosika 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) ये विषय काम है कि इस प्रकार ये दिये गये सभी विषय ऐसी जगहों पर सम्पूर्ण रूप से दर्शाएँ हैं। यदि विवरण एवं विवरण अनुसार उपर्युक्त विषय का विवरण नहीं दर्शाया जाता है तो यह सहजता से विषय का विवरण नहीं हो सकता है।
  - 2) ये द्वारा जो साक्षरता दी जाती है कि विषय का विवरण दर्शाया जाता है, उसका उपर्युक्त उपर्युक्त विवरण भी पूर्णी रूप से दर्शाया जायेगा, जो इस प्रकार ये घट गए हैं।
  - 3) ये विवरण हैं कि दिया जाना चाहिए यह विषय की पूर्णी है, उसमें सभी विवरण विवरण की सम्पूर्णता को सम्पूर्णता से नहीं दर्शाया जाता है और वह ही विवरण विवरण है।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा क्रम)**

- 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, 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 यह अपने संसाधन का अंदरी की साप लगवाकर, ऐसे (अपैरेक) अपनी भास्ती को तुम्हे बताता है कि "खोलिका पालांडोरा और उसके जानीर्दन" ये अधिकृत काला हैं कि ये ही वह वाट, वाट, फोटो और ये विवरण इस उत्तर में चेतावनी है, यह "खोलिका" शब्द ज्ञाती, यह, वापसगया तुम्हे उत्तरों उत्तरों से तुम्हीं खोलिकीर्दन और उपरान्धीर्दन के लिये किसी भी प्रकार वापसने से प्रतिकृति करने के लिए अधिकृत है। ये उत्तर यह विवरण परे उत्तर के चाहते या बात ये करते हैं कि यह "खोलिका पालांडोरा" ये जानीर्दन हैं।
  - 2) वै (अपैरेक) इस बात से जागरूत है कि मंत्र वाट, वाट, फोटो और विवरण ये कि सहायता के असौरीर्दन से प्रतिकृति है तुम्हे ज्ञातः सहायता का उत्तरार यही बनता है सुप्रथम्य ये "खोलिका" शब्द उसके जानीर्दन का विवरण भास्तीन और वापसगया होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

માનવસત્તુ કે જીવનશરીર વાંચુટે એ નિષાન

AGREEMENT by HOSPITAL (ବ୍ୟାପକ ଅସ୍ତ୍ର ମୂଲ୍ୟ)

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.

इसके अधिकार, उत्तराधीन से भवित्वान्वयिते को "प्रादेशिक प्रशासन" से विभिन्न सम्बन्ध होते हैं, जिनमें इन (उत्तराधीन) जिले प्रशासन से जुड़ा एवं संबद्ध कराया जाता है।

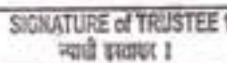
- १) यह कि व हो बाल्यन् और व ही भविष्यमें विद्युत साक्षण किसी भैर चाहकी संस्करण पर किसी अन्य लोगों से उत्तम ऐप्प्लिकेशनों में लेने वा ले रहे हैं, वही कि इसने "फोटोशॉप प्रोफेशनल" से विद्युतिकृती उपकरणों को बाल्यमें "फोटोशॉप फोटोशॉप" द्वारा ग्राह कर देता है; और "फोटोशॉप फोटोशॉप" द्वारा चालाक विविध अभिकाशकाल से उत्तम नवीन वार्ता विषय काढ़ा है तो बाल्याना किसी अन्य भैर चाहकी संस्करण से चालाकता देने का अभिकाश सुनिश्चित रहता है। इस फूटेज में एकत्र कहा जाता है कि असलाला हिंदीय भारत उत्तम ऐप्प्लिकेशनों से उत्तम वाली वार्ता देने वाली संस्कृतोंगी।

2. "कोटिशुप्त पाइपलाइन" से सी एवं नम ग़ा़बरा कोकत विलेन प्रसूती थी है। ऐसे पर इसकी द्वारा एवं एक राज्य का दिये गये राजावाहारिय का बुखरा ऐसे एवं इसका

दो भीषण का विषय है और "कोटिशुप्त पाइपलाइन" द्वारा दिये गए विवर यह कोई रकम नहीं है। इसीलिए इसका मैं ऐसे को इसका बुखरा और इसे बने थी जारी विवेदिये ऐसे एवं इसका

कोई दोगों बोने "कोटिशुप्त" की चाहई धूमधारा या विवेदिये द्वारा बनाये नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Date of Surgery अंगोत्तम की तारीख <b>7/11/2019</b>	Dr. Neelamini Karan MUSA, DO, DNB, Reg. No. 53729  Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) <b>Dr. Neelamini Karan</b> काल्पनिक नाम में इस्तमाल करें ।	Shrikant Bagchi Director  (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तमाल करें ।
FOR INTERNAL USE OF KOUSHIKA FOUNDATION		आंतरिक उपयोग हेतु
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इस्तमाल ।  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इस्तमाल 2  	