

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेत् आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building Block of Life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : K/11119/2010	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 7/11/2019	AGE-YEARS वय-वर्ष : 68	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : URMILA MAJHI			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम : SUBODH MAJHI			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बाजार अवासीय स्थ			
PASCHIM PANCHAL GOOKRA BASTI KHAJU, NORTH 24 PARGANAS 701341, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: उमर अवासीय स्थ			
— AS ABOVE —			
OCCUPATION: अवधारणा : HOMEMAKER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय : RS 1300 X 12 = 15,600/-	(Attach Proof of Income) (आय का सबसे संतान)		
PAN No. स्ट्रोर नाम संख्या : URMILA MAJHI	Yes / NO हाँ / नहीं		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): कृष्ण आय का दाता है (जो यानि हो उस पर सही का नियन्त्रण होता है)			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या : 1:	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम : URMILA MAJHI SHANKAR MAJHI	Age (Years) उम्र (वर्ष) : 68	Gender लिंग : F
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध : WIFE			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित व्यवहा			
EPL Card (Attach Card Copy) एपीएल के नीचे उपलब्ध या (उपलब्ध पर की जगह भी छोड़ना करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसएस व्यवहारी इकाय या (उपलब्ध पर की जगह भी छोड़ना करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (उपलब्ध पर की जगह भी छोड़ना करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सब्द उपलब्ध नहीं
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये चिह्नित का उद्देश्य :			
Sr. No. क्रम संख्या : 1.	Medical Reports/Prescriptions Attached आप्लाईडरिटर से आदि की एवं प्रतिवेदन शूटी जालन		
DIAGNOSIS — CATHRACT — LF			
2. SURGERY — LF (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता लिये अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED रोपी गई सहायता रकम	

DECLARATION by APPLICANT: वारेंट द्वारा घोषणा करते हुए

- 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.
 - 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.
 - 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 खोला करता हूँ कि इस अप्लान में दिये गये सभी विवरण में समृद्धि और सच्च हैं। यही कोई विवरण एवं कथन अलग पाया जाता है जो मेरी छापका विवरण की तरफ सकती है।

2) यही छाप जो सामग्री पर "कोशिका फाउंडेशन", तो ही जो होती है, उपरान्त आपने इसी वर्तमान की भूमि में दिया दिया जाएगा, ऐसे हुए प्रकार में पाया जाता है।

3) मैं एक समझौते में दिया दिया हूँ कि एक सम्बन्ध की तरफ है, उस समीक्षा का अधिकार या समस्त विस्तार जिसको मन्त्र घोषणानियोगकार्यपालम् कर्मचारी द्वारा प्रदान किया है जो उनमें से सूचित है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेंट द्वारा करते)

- 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 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 confirming 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 पर अपने संहारा या अंती की पर्याप्तता, में (अपेक्षक) अपने पासवर्ड को उपरि बताते हुए "कॉरिगिश फारम्सेशन और उपर्युक्त नामों" को अधिकृत करते हुए मेरे नाम, पता, घोटा और से विवरण इस जल्द ने खोला है, उसे "कॉरिगिश" सम्पूर्ण नाम, एवं, बफला का दूसरे दर्शन से जुड़ी खीलिखिलावें और उपरान्हेवें के लिए जिसी पी उत्तर वर्णन से उत्तीर्ण करने के लिए अधिकृत है। ये जल्द यह विवरण मेरे संहारा के पासे पर चार मेरे भारतीय लिए "कॉरिगिश फारम्सेशन" ना नाम अधिकृत है।

2) मैं (अपेक्षक) इस बात पर सहमत हूं कि मेरे नाम, पता, घोटा और से विवरण को यह संहारा के उद्देश्यों से प्राप्ति है तुझे स्वयं संहारा का उत्तराधीन वही वस्तु का समर्थन ये "कॉरिगिश" सम्पूर्ण नामों का निवारण अधिकृत और वास्तविकता द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

मुख्यमंत्री के नियन्त्रण में



AGREEMENT by HOSPITAL (संकल्प द्वारा अस्पताल)

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:

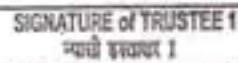
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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.

इसके अन्तिम, इसपर को लोट से गांवोंपरी को "कोशिका पाठ्यदेश" से विविध चालाका हेतु विफली की जाती है, जिसे हम (अम्बाजा) निम्न प्रकार से चाच पर लेंगे हैं:

 - 1) यह हम ने संभवतः और क ही विविध ने विविध चालाका किसी भी चालाकी संस्था पर किसी अन्य तरीके से उक्त ऐंगियामों से ही संगें वा से दोहों है, जैसे कि हमने "कोशिका पाठ्यदेश" से विफलीकरणीय रूप से उक्त में "कोशिका पाठ्यदेश" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यह "कोशिका पाठ्यदेश" द्वारा चालाका विनियोग लिखित रूपान्तरण से हालात होने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस भूमिका में सहाय करा जाता है कि अस्पताल विविध परद उक्त ऐंगियामों से हेतु किसी भी चालाकी संस्था पर किसी अन्य चालाका से हालात होने का अधिकार सुनिश्चित रखता है।
 2. "कोशिका पाठ्यदेश" से ही यह चालाका संस्था विविध प्रदूषित की है। हेतु यह इसका द्वारा ही यह सहाय पर विवेचने उपचारप्रक्रिया का पूर्ण छोड़ी गई हमनेका

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery बर्पेशन की तिथि 7/11/2019	Dr. Nalin Kishor Keran MBBS, DO, DNB Reg. No. 83729 See (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) Annex याकर का नाम व हस्ताक्षर व पंजीकृत	Shri Sanjukta Bagchi DIRECTOR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION		आन्तरिक उपयोग हेतु
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 