

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेत् आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखांकन)	 Building Block of Life.		
APPLICATION No.: K1111912017 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 7/11/2019 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: SWAPAN SIKDAR आवेदक का नाम:		AGE-YEARS वय-वर्ष 42	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GANESH SIKDAR जित/कटुमा का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्तमान अवासीय स्थान KEVILLA, NORTH 24 PARGHANS 743126, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासीय स्थान — AS ABOVE —					
OCCUPATION: RICKSHAW PULLER अवधारणा		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2400 X 12 = 28800/- कुल वार्षिक व्यय		(Attach Proof of Income) (व्यय का साक्ष चिन्हन)			
PAN No. स्पार्ट नंबर संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता है (वो जग्न हो उस पर चाही का विवरण साझा करें)		Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS घरीबी, विवरण					
Sr. No. इन संख्या 1.	Name of Family Member घरीबी के सदस्यों का नाम SWAPAN SIKDAR	Age (Years) वय (वर्ष) 42	Gender लिंग M	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध SELF	
2.	PURNIMA SIKDAR	40	F	WIFE	
3.	RANBIR SIKDAR	17	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरी आवश्यक					
EPL Card (Attach Card Copy) गटीये रेता के नीचे इच्छा पत्र (इच्छा पत्र को जारी भरी संहत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मरन व्यवहारी इच्छा पत्र (इच्छा पत्र को जारी भरी संहत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इच्छा पत्र को जारी भरी संहत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये विवरी का वर्तुलाभ:					
Sr. No. इन संख्या 1.	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यक दृष्टियां तो जारी की गई आवेदन सूची संहत				
DIAGNOSIS — CATARACT — LE					
2.	SURGERY — LE (STICSTIOL)				
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस कर्तुलाभ के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. इन संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ही वर्ज सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: વાર્ષિક દ્વારા ખેલાળ કરું

- 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 पोर्टफोलियो रिपोर्ट त्रान्सफर येही व्यवस्था के अनुसार सभी एवं चाही है। वह कोई वित्तीय एवं काम कालीय वापर है तो मेरी जागरूकता वित्तीय का सहायता है।
 2) मैं इस ज्ञानात्मक पर्सनल विकास योगदान के लिए उपलब्ध रहता हूँ और उपलब्ध रहता हूँ वह कोई भी दूसरी वित्तीय वापर, ये एक त्रान्सफर ये वापर नहीं है।
 3) मैं दूसरी कामों के लिए व्यवस्था बोर्ड या व्यापार की ओर हूँ, तब यांत्रिक काम की वित्तीय वापर का व्यवहार करना आवश्यक नहीं है और न ही अन्यथा यहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (申請者による同意)

- 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 प्रकार पर अपने सम्मान के अंतर्गत की ताकि उपलब्ध है, मैं ("अवधेन") अपने सहायता को युक्त करता हूँ कि "कॉशिका प्राइवेट लिंग उपचार सेवा" को नीतिगत कानून हूँ जिस पर आवेदन करता है, जो "कॉशिका" स्थान, घटना, घर, साक्षकार द्वारा उपलब्ध से युक्त नीतिशीलियों और उपलब्धिशीलों के लिये बिना भी प्रधार व्यवस्था से प्रभावित करते हो तिए अधिकृत है। मेरे प्रधार पर विवरण ये स्वतंत्र हो पाते थे यह, मैं करते हो तिए "कॉशिका प्राइवेट" व नाहीं अधिकृत है।

2) मैं ("अवधेन") इस कानून से सहायता हूँ जिसे मेरे जाति, पाति, चांदेरी और विवरण के लिए सामान्य के उपर्युक्त है युक्त स्वतः सामान्य का इकाया नहीं समझता हूँ सामर्थ्य में "कॉशिका" एवं उसके "नाहीं" का विवेच नीतिगत और व्यवस्थाकी दोषों।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

Scopus elatoides

AGREEMENT by HOSPITAL (સ્પાન્ડ દ્વારા માટે)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
do solemnly swear to the above statement & accept following:

- (Hospital) hereby affirm & accept knowing:
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.

कृष्ण अविवाहित रहने की वज्रांति को "कृष्णवा फलवन्देश" से निश्चिप जागरुक हो गिरफ्तारी की जगह है, जिसे इन (जागरुक) निम्न प्रकार भी बोलने या समझना करते हैं:

- 1) यह कि व हो यांत्रिक और व ही पर्याप्त भौमिका में विशिष्ट रक्षापद किये गए उत्तराधीन संस्थान पर किये अब उत्तर से दक्ष ऐग्निकल्से में लेने का सो चो है, जैसे कि इनमें "कोटिलिक पारावैराग" से विशिष्टाधीनिकी उत्तर के उत्तर में "कोटिलिक पारावैराग" द्वारा प्रभाव देता है; यही "कोटिलिक पारावैराग" द्वारा रक्षापद विशिष्ट विशिष्टाधीनिक सेवा यात्रा यात्रा की विषय बनता है तो उत्तराधीन कियो अपने यात्राधीन संस्थान पर किया अपने उत्तराधीन संस्थान सेवा का उत्तराधीन सुधृत्य रखता है। इह यूट्ट ये सदृश कहा जाता है कि अवसरात हिंदू यात्रा पर उत्तर ऐग्निकल्से देतु कियो गए उत्तराधीन संस्थान पर कियो अन्य उत्तर से पहुँच देते हैं।

2. "कोटिलिक पारावैराग" में ही यह उत्तराधीन संस्थानी भी है। एवं यह उत्तराधीन संस्थान पर विशेष यात्रे उत्तराधीनिक्य का युक्त एवं एवं उत्तराधीन

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery
हृदय चिकित्सा की तिथि
7/11/2019
Dr. Nalinishtha Karan
44888 20 208
Reg. No. - 83729
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Sri Sri Gurudev Tattva Chaitanya Ashram
Centre
Shri Sagar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
श्री सगर बाग्छी डिप्लोमेट

Digitized by srujanika@gmail.com

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
संकेतक 2

Schreyer

Eric B