

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : K111192020	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 7/11/2019	 Koshika foundation <i>Building Block of Life.</i>	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : SHRIMATI DEBI SHAW	AGE-YEARS वय-वर्ष : 56	SEX लिंग : F	 
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम : SURESH DEBI SHAW	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : कर्तमन जनसीध चल 18 GL/N 13, BHATPARA, NORTH 24 PARGANAS 743128, WEST BENGAL		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : उपर्युक्त जनसीध चल			
— AS ABOVE —			
OCCUPATION : अवस्था : HOUSEWIFE	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक व्यय : RS 1600 X 12 = 19200/-	(Attach Proof of Income) (आवेदक का साप्तर्य संहार)		
PAN No. स्थाई संख्या संख्या : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): इस आप आप कर दाता है (जो अन्य हो उस पर मात्र का निश्चय संहार)	Yes / No हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS घरीबी, जिवाल			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरीबी के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग
1.	SHRIMATI DEBI SHAW	56	F
2.	SURESH DEBI SHAW	53	M
3.	SHAKTI DEBI SHAW	31	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विविध आवार			
EPL Card (Attach Card Copy) गटियों रेखा के, नीचे उपयोग पर (उपयोग पर को ज्ञात गई जाति संतान की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्थ व्यय वर्ष उपयोग पर (उपयोग पर की जाए गई जाति संतान की)	Ration Card (Attach Copy) उपयोग करने (उपयोग पर की जाए गई जाति संतान की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साप्तर्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गये विवरों का वर्णन:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से दिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ही गई सहायता यारी	

DECLARATION by APPLICANT: અર્થાત દ્વારા ખોલ્લા એવા

- 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 योग्यता प्राप्त हुई कि इस प्राप्ति में दिए गये विवरण सभी जासूसी के अनुचार सत्य रहे जाते हैं। परं कोई विवरण ऐसी कामय आवश्यक नहीं है जो यदि साक्षात् विलम्ब की जा सकती है।

2) यो दाव जो याचिका द्वारा "पर्याप्तता प्राप्ति/व्यवस्था", या ऐसी जा रही है, उसका उल्लेख दर्शाएँ वही दर्शाएँ जो पूर्णी रूप से दिये जाते हैं, जो इस प्राप्ति में घट गए हैं।

3) मैं पर्याप्त समझ के से विलम्ब नहीं कर सकता की गई हूँ, क्या कृति का अविवाक या विवरण विलम्ब किसी अन्य घोषित विवरण/व्यापार कम्पनी से हो जाए तो विलम्ब है और वही भविष्य में होता।

AGREEMENT by APPLICANT (申請者との合意)

- 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 प्रकाश पर मेरी इच्छा का साथ लगवाकर, मैं (मार्गदर्शक) मेरी ध्यानीयता को युक्त करता हूँ कि "कोशिका पाइटेंटियल एवं उपलब्धी वर्तीन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरे पक्ष, फौटो एवं ये विवरण इस प्रकाश में चोरी की है, उसे "कोशिका" शब्द, शब्द, संकाय/संस्था या इसे उपरोक्त तरीके से युक्त गौरविभर्ती गोरे रंगालिङ्गों में लिखे गयी हों ये प्रकाश वास्तव में प्राप्ति करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकाश का विवरण यही रूपान्वय के लिए यह वारंवार के लिए "कोशिका पाइटेंटियल" या नवाची गणितकृत है।

2) मैं (मार्गदर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे जनन, पता, फौटो एवं विवरण जो मेरे प्राप्तकां के उपरोक्तों से प्राप्ति हैं युक्त करते साथ-साथ का इकायर यादी वसाहत इस समर्थन में "कोशिका" शब्द उपरोक्त व्यापरिक विवरण और वाचाकानी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अखिल के प्राचीन व संग्रह विद्या



AGREEMENT by HOSPITAL (responsible)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (hereinafter) hereby affirm & accept following:

- (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.

कृष्ण अवतार विभागीय को लेकर ही विभागीय को "विभागीय प्रबल्लभीय" या विभिन्न विभागों के विभिन्न विभागीय की जाती है, जिससे इन (विभागों) विभागों प्रबल्लभ से विभाग य विभागीय कहते हैं।

- 1) यह कि वे सौ पर्याप्त और वे ही पर्याप्त हैं जिनमें सामाजिक किसी भी समस्या को सुलझाने में सक्षम चाहे उनकी अवधि कितनी भी नहीं है, ऐसे कि इन्हें "कॉलेजिकल फारम-वेबसाइट" से लिंगिटीशनिंग वेब पर समर्पित "कॉलेजिकल फारम-वेबसाइट" द्वारा प्रदूषित कितूँ की विधि जाना है यह सामाजिक किसी अन्य जीव साक्षात्कार से सामाजिक सेवन का अधिकार खुलीखल प्राप्त है। इन पृष्ठों में स्टॉप करा जाता है कि असामाजिक द्वितीय पर्याप्त वेब पर सक्षम एवं उत्तम वापसी की

² "पर्यावरण विकास बोर्ड" की ओर से जलवाया विभाग द्वारा तैयार होने वाला इनकाल द्वारा यहीं यहाँ लिखा गया जलवाया विकास बोर्ड का युक्ति देने वाला एक इनकाल है।

2. अमरीका के लिए यह एक बड़ा संकेत है कि वह अपनी इस देश को जल्दी से जल्दी और अचूक रूप से नियन्त्रित करने की चाहीं राजनीति में खड़ा रहा है। इसीलिए अमरीका में ऐसे वे लोग भूमिका लेते रहे जो अब अमेरिकी राजनीति में खड़े होते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

पर्याप्ती के लिए संसाधि

Date of Surgery

D. Nijashri Karan
MSB, DC, BNS
Reg. No.-63729

३. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) - डॉ. विजय कुमार प. द्वारा यह दिन २.

Shib Sankar Bagchi
Editor

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नम व पर इत्यत्त्वं अविद्या अविद्या

FOR INTERNAL USE ONLY KOSHISHA FOUNDATION काशीश योग्यता संस्था

SIGNATURE of TRUSTEE 1
संपत्ति विनायक 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
નામની ફરજાર 2

Sigurð

John B