

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/1212/2710
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 24/12/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: NASIMA BTBT
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 63
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KALO SEKH
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

DAKSHIN SANIKRANT, HOWRAH 711013, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: HOME MAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1000 X 12 = 22800/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सक्षम संलग्न)

PAN No. नहीं छात्र संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	NASIMA BTBT	63	F	SELF
2.	STRAJUL SEKH	31	M	SON
3.	KAHAN SEKH	26	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्षम
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने विनयी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/दवाइय से जुड़ी की गई प्रतिवेदन प्रुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (STICS + 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 ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: जयदेव डब मोहन राव

- 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 यहीमा कइत हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी प्रार्थना के साक्ष्यत एवम् "कौशिका फाउण्डेशन", से ही नक़ाई है, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण में पद गया है।
- 3) मैं यहीमा कइत हूँ कि निम्न सहायता हेतु नक़ा प्रत्येक की गई है, उस एवम् का अधिक या कमल किताब किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न लो लिया है और न ही यहीमा में हूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जतक द्वारा कबुल)

- 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/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपने छायाचित्र 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 उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा मजदूरों, दान, वाचनादि द्वारा वसूल्य से जुड़े प्रतिस्पर्धियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में लिप्त अधिकृत है। ये प्रपत्र का विवरण मेरी सहायता के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उत्तरपूर्व से उत्तरार्थ तक सहायता का इच्छुक नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उनके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

ARRESTANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेक के इच्छा या संकेत का निगम



AGREEMENT by HOSPITAL (ଆମ୍ଭଙ୍କ ସ୍ଥଳରେ)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हवाई अड्डे पर, इन्टरनेट की ओर से मजबूत होती की "कोविड का प्रभाव" से विशेष चलाया हेतु विचारों की जाती है, जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकार से जानें या समझें करते हैं।

- 1) यह कि न तो व्यक्ति और न ही व्यक्ति में विभिन्न सत्ताएँ किसी एक सत्ता की संरचना या किसी अन्य सत्ता से उभर ले/पावने में लगे या लगे हैं, जैसे कि इनमें "कॉलेजियल प्रान्सेशन" से डिपेंडेंसी/पैरिडी उभर के सम्बन्ध में "कॉलेजियल प्रान्सेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कॉलेजियल प्रान्सेशन" द्वारा सत्ताएँ विभिन्न अधिकार/सम्बन्ध हेतु सम्पन्न नहीं किया जाता है तो सम्बन्धित किसी अन्य एक सत्ता की संरचना या किसी अन्य सम्बन्धन से सत्ताएँ लगे या अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्धित द्वितीय प्रारंभ उभर ले/पावने हेतु किसी एक सत्ता की संरचना या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं संघटित/लेगी।
- 2) "कॉलेजियल प्रान्सेशन" से ही नई सत्ताएँ संभव विभिन्न द्रव्य हैं। ऐसी या सम्बन्धित द्वारा ही नई सत्ताएँ या विभिन्न गये सम्बन्ध/प्रक्रिया का प्रारंभ ऐसी एवं सम्बन्धित के बीच का विषय है और "कॉलेजियल प्रान्सेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रारंभ नहीं है। इसविषय सम्बन्धित में ऐसी के सम्बन्ध सुनिश्चित और गये जाने की सारी विनियमों ऐसी एवं सम्बन्धित की होती और "कॉलेजियल" की कोई प्रक्रिया या विनियमों इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संसदीय

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/12/2019	Dr. F. G. ... MBBS, D.M. ... Reg. No. ... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shishu Shankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हमनवाज अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	
		