

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/1219/2732
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 25/12/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: ILA NATH
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 63
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: CHANDRA KANTA NATH
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 48 KUMAR PARA LANE, DARBANGA, ALAMBAZAR, NORTH 24 PARGANAS, 700033, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOME MAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1500 x 12 = 18000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है/छाड़ दें

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 से क्या संबंध
1.	ILA NATH	63	F	SELF
2.	CHANDRA KANTA NATH	62	M	SON
3.	MOHANTA NATH	38	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाने से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STES + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता (नकद) अन्य स्रोतों से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰੰਦਰ ਸਿੰਘ ਖੰਭਾਸ਼ਾਸਤਰੀ**

- 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 यहाँ पर कदा ई कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सादर प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ही यह सही है, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किए जायेगा, जो इस प्रारूप में पद गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कदा ई कि मैं इस सहायता से न तो किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो निधि है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबज)

- 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसेमंद" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते और तब विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, व्यक्ति, घर, व्यवसाय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को विभिन्न किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का निवारण मेरे हस्ताक्षर के पक्षों पर कर मे कर के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पते, पते और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से अधिकृत है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोसेमंद का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आलेख के द्वारा या अंग्रेजी का निबन्ध



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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.

हमारे अधिकार, हमारा पैसा और हमारे अर्थों का "कोईका फायदा" से विधिवत रक्षा हेतु विपरीत की जाती है, जिसे हम (हमारा) विभिन्न प्रकार से जान व समझ कर रहे हैं।

- 1) यह कि न तो पंडितजी और न ही पंडित्य में विधिगत साक्ष्यता किसी भी साक्षरी संग्रह या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण/प्रमाणों में होने का संकेत है, जैसे कि इनमें "बौद्धिक प्रमाण-पत्र" से विशिष्ट/विशिष्ट उदाहरण के अभाव में "बौद्धिक प्रमाण-पत्र" द्वारा गहरा संकेत है। यदि "बौद्धिक प्रमाण-पत्र" द्वारा साक्ष्यता विधिगत साक्ष्यता/प्रमाणों से स्पष्ट नहीं किया जाता है तो अंग्रेजी में किसी अन्य भी साक्षरी संग्रह या किसी अन्य संग्रहण से साक्ष्यता होने का अधिकार सुनिश्चित होता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अंग्रेजी में स्पष्ट कहा जाता है कि अंग्रेजी में स्पष्ट कहा जाता है कि किसी भी साक्षरी संग्रह या किसी अन्य संग्रह से नहीं संकेत/संकेत।
2. "बौद्धिक प्रमाण-पत्र" से ही यह साक्ष्यता संग्रह विधिगत प्रवृत्ति की है। ऐसी पर इच्छातः द्वारा ही यह साक्ष्यता या किसी अन्य उदाहरण/प्रमाणों का अभाव होने पर अंग्रेजी में संकेत का विधान है और "बौद्धिक प्रमाण-पत्र" द्वारा किसी प्रकार का कोई उदाहरण नहीं है। इसविषय इच्छातः में ऐसी के उदाहरण स्पष्ट और अपने अपने की सारी विधेयों ऐसी एवं इच्छातः की ऐसी और "बौद्धिक" को कोई पुष्टि का विधेयों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती यां शिवा संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/12/2019	Dr. Harsi Shrivastava Nag MBBS, MS (Genl) Reg. No. 12345 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तेमाल व छाप	Dr. Harsi Shrivastava Nag MBBS, MS (Genl) Reg. No. 12345 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तेमाल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इस्खार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इस्खार 2
	