

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1219/2744 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 25/12/2019 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: UMMEHANI SARDAR आवेदक का नाम		AGE-YEARS 59 उम्र-वर्ष	SEX F लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: AHADALI SARDAR पिता/कन्या का नाम				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MARIJUNG, KACHHAMBRA, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1500 x 12 = 18000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)			
PAN No. [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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.	UMMEHANI SARDAR	59	F	SELF	
2.	AHADALI SARDAR	54	M	HUSBAND	
3.	SAMREEN SARDAR	36	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न उद्देश्यों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SICS+IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता प्राप्त करने से निवृत्त क्या हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: **ଅବିମୁକ୍ତ ହେଉ ଅବିମୁକ୍ତ ହେଉ**

- DECLARATION BY APPLICANT: ~~4444444444444444~~
- 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 चोटपत्र करता हूँ कि इस आरूप में दिने गये जारी विवरण में कोई जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अलग पाया जाता है तो मैंने सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैंने इस के अलावा एसी "कोशिका पत्राचारण", से ही जा रही है, उसका उपयोग एसी एवरेण की पूर्ण के दिने किए जायेगा, जो इस आरूप में गत गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस सहायता में यह आरूप की गई है, उस एसी का अधिक या कमता निरास किसी अन्य घोषित/नियोजक/नियोजक कार्यों से न तो निरास है और न ही अधिक न होना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबूल)

- t) 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 Keshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने ज्ञातवा या अंशों की सहायता के बिना (अवेरक) अपने कक्षों की मुद्रा बनाई है एवं "कॉलिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कॉलिका" एन्यू असाय, इन, कान्टावा द्वारा उद्घरण से मुझे प्रतिनिधित्व और उल्लेखितों को लिखे किसी भी प्रकार सम्पूर्ण से प्रसारित करने की शक्ति अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे ज्ञान के पक्षों पर बाद में करने के लिए "कॉलिका फाउंडेशन" व व्यक्तियों अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्घरणों से प्रभावित है मुझे स्पष्ट: सहायता का हकदार नहीं बल्कि। इस संबंध में "कॉलिका" एन्यू उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अन्यथा भी वास्तव्य या अंग्रेजी का विधान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्तव्य)

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.

इससे अतिरिक्त, आकाशवाणी की ओर से सहाय्य/पैसा को "कोशिका फायनेंसिंग" से विभिन्न राजस्व स्रोतों द्वारा किया जाता है, जिसे हम (हमारा) विभिन्न प्रकार से राज्य व प्रयोग करते हैं।

- 1) यह कि न तो आयोग और न ही पुलिस में विधिवे साक्षात् किसी भी साक्षरी घोषण या किसी अन्य रीति से उक्त ऐनै/चमसे में होने या से रहे हैं, जैसे कि हमने "सीताका फायर-दोरा" से सिगरेट/विधिवे उक्त से सम्बंध में "सीताका फायर-दोरा" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "सीताका फायर-दोरा" द्वारा साक्षात् विधिवे अधिकार/समस्त हेतु समुद्र नहीं किया जाता है तो आपराध किन्ती अन्य भी साक्षरी घोषण या किसी अन्य समवायन से साक्षात् होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जाता है कि आपराध द्वितीय गहर उक्त ऐनै/चमसे हेतु किसी भी साक्षरी घोषण या किसी अन्य समवायन से नहीं संग्रहीत/रही।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिश को लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/12/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व ईडी नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2
		