

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: 15/12/2746 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 25/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: MINA BANDOPADHYAY आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु-वर्ष: 67 SEX लिंग: F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NEPAL BANDOPADHYAY पिता/कन्या का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान आवासीय पता HALDAR PARA, HERMOISTHANGA, CANNING, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION: HOME MAKER व्यवसाय	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1600 x 12 = 19,200/- कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)			
PAN No. सवाई खात संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मध्य हो उस पर गंभी का निरूपण संलग्न करें): Yes / No हाँ / 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.	MINA BANDOPADHYAY	67	F	SELF
2.	ARUN BANDOPADHYAY	45	M	SON
3.	BARUN BANDOPADHYAY	40	M	SON
4.	DURGA BANDOPADHYAY	33	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — IE			
2.	SURGERY — IE (STICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता प्राप्त अन्य स्रोतों से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: **अवेदक एतु भोवना यः**

- 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 यथेष्ट करता हूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता शिस्त भी खत्म होती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कौशल विकास प्रयोजन", से ही यह सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रत्यक्ष में भरा गया है।
- 3) मैं यथेष्ट करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष भी नहीं हूँ, उस सहायता का अधिकार या समतुल्य किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सहायता है और न ही भविष्य में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (SUBJECT TO WORK)

- 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/produce 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार मैं कोशिका हूँ, इसे "कोशिका" एलनू मासरी, राम, काकायन द्वारा वर्तमान से भविष्य के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के वर्तमान से भविष्य के लिए सहायता का प्रकार भी बदला। इस सम्बंध में "कोशिका" एलनू उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षित की जा सकती है कि संशोधन का निष्कर्ष



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL DO WORK)

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:

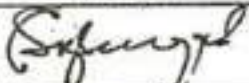
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 जीवनकाल हमारे भीतर से गुजरते-लेते हैं। "कोटिमा फायरबैरन" से मिलिए। सहायक हेतु निम्नलिखित भी पढ़ें, जिसे आप (हमसे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित प्रावधान किसी भी राजपूतों संस्था या किसी अन्य वर्गों से उच्च श्रेणी/प्राथम्यता में होने या हो जाने हैं, जैसे कि इनमें "कोटिपथ आवासीयता" से निराधार/निर्धन उच्च को प्रथम में "कोटिपथ आवासीयता" प्राप्त कर देंगे कि हैं। यहाँ "कोटिपथ आवासीयता" प्राप्त प्राप्त विधि अधिक/अवसर हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है तो अवसरान्त किसी अन्य भी राजपूतों संस्था या किसी अन्य संस्थान से सम्बन्ध होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अवसरान्त द्वितीय पद उच्च श्रेणी/प्राथम्यता हेतु किसी भी राजपूतों संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं सेवक/सेविका।
2. "कोटिपथ आवासीयता" से ही यह सम्बन्ध केवल विहित प्रवृत्ति की है। ऐसी या सम्बन्ध प्राप्त ही यह सत्य या किये गये तथ्य/अवस्था का प्रमाण ऐसी एवं सम्बन्ध को बीच का विषय है और "कोटिपथ आवासीयता" प्राप्त किसी प्रकार का कार्य प्रदान नहीं है। इसीसे सम्बन्ध में ऐसी को इतना सुरक्षित और अपने जाने की सही विनियमों ऐसी एवं सम्बन्ध को ऐसी और "कोटिपथ" को कार्य प्रदान या विनियमों इस प्राथम्यता में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसक्ति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 05/12/2010	Dr. Hari Shankar Nag MBBS (M.D. PATH) Reg. No. 5558 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shub Sanyal (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्तक्षाल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 