

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : K/12/2789		APPLICATION DATE : 26/12/2019			
NAME of APPLICANT : SANAT CHHARI		AGE-YEARS : 63	SEX : M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NUTBIHARI CHHARI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : ROAD, HOWRAH 711008, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1500 X 12 = 18000/-		(Attach Proof of Income)			
PAN No. : [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / NO			
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	SANAT CHHARI	63	M	SELF	
2.	ANITA CHHARI	28	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SIES + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाये जाता है तो मेरी सहायता निरास भी हो सकती है।
- 2) मेरी दाद जो सहायता राशि "केरिफा पाउण्डेशन", से रही हो रही है, उसका उपयोग उसी प्रकार की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रश्नपत्र भी पूर्ण है, इस राशि का अधिकतम या कमतर प्रियत किसी अन्य छोटे-निम्न-कक्षा/बोध कामगरी से न हो लिया है और न ही अधिकतम हो सका।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रश्न पर अपने विचारों पर अपने को सतत सज्ज रहें, मैं (अपेक्षक) अपने छात्रों को मुक्त करता हूँ एवं "कोशिका पराद्वेशन और उसके नतीजों" को अधिकृत करता हूँ कि वे पढ़ें, पढ़ें, सोचें और फिर विचार। इस प्रश्न में जोड़ें हैं, उसे "कोशिका" एवं नतीजों, यम, मायका पर पूर्ण वर्णन से मुझे अधिकृत और उपस्थितियों को लिखें कि वे प्रश्न समझें से प्रभावित करने की शक्ति अधिकृत है। मैं प्रश्न का विचार में इसका के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका पराद्वेशन" में नतीजों अधिकृत है।
- 2) मैं (अपेक्षक) इस बात से सहमत हूँ कि वे पढ़ें, पढ़ें, सोचें और विचार। कि छात्रों के वर्णनों से प्रभावित है मुझे स्वतः छात्रों का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" पराद्वेशन नतीजों का निर्णय अधिकृत और अधिकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेक्षा के अनुसार या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर होना जरूरी)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

- 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.

उपरोक्त विवरण के अनुसार, "संविधान सभा" के विधान सभा के अध्यक्ष हैं, जिसे हम (संविधान) विधान सभा के अध्यक्ष के रूप में जानते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही पब्लिक में प्रिजिल सहायता किसी नैर साक्षरी संसदन या किसी अन्य समूह से उम्मा टेपेडिपमसे में लेने का ले पाई है, जैसे कि इनमें "पब्लिक फायनैन्स" से रिपब्लिकनिकिटी वरक को सम्मान में "पब्लिक फायनैन्स" द्वारा गहरा है। यदि "पब्लिक फायनैन्स" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/कमला हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर साक्षरी संसदन या किसी अन्य उपायन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल प्रिजिल पर उम्मा टेपेडिपमसे हेतु किसी नैर साक्षरी संसदन या किसी अन्य समूह को नहीं संलग्न/पेडि।

2. "बौद्धिक संपदा" से ही यह संपत्ति केवल विधि प्रकृति की है। ऐसी पर हमला इस ही रूप में किया जा सके कि यह संपत्ति का स्वतंत्र रूप में स्वतंत्र हो सके कि और "बौद्धिक संपदा" इस किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसीलिए हमला में ऐसी के द्वारा मुक्त और अपने जाने की सारी विधियों ऐसी रूप में हमला की जाये और "बौद्धिक" की कोई संपत्ति या विधियों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26/12/2019	Dr. Hari Shastri Jag MBBS MS (TOM) (M) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) सुपरिन्सिडेंट का नाम व हस्ताक्षर यहाँ लिखें	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर 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 