

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: 15/11/2835 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 28/12/2019 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: BANABASI SARDAR आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 55	SEX लिंग A
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: AJIT SARDAR पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान निवासस्थान पता KHASHALANDA, FAROA, NORTH 24 PARGA. NAC 243425, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पता RS ABONG			
OCCUPATION: Crore व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 21500 X 12 = 252000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का दस्तावेज संलग्न)	
PAN No. सवाई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (को मान्य हो उस पर गहरी 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) वय (वर्ष)	Gender लिंग
1.	BANABASI SARDAR	55	F
2.	SUBRAM SARDAR	24	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
SELF SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निर्धारित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निशान का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached असफल/दवाइयों से जख्मी की गई प्रतिवेदन सूची 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 किसी अन्य स्रोत से प्राप्त भया 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: **ਅਮਰਿੰਦਰ ਸਿੰਘ ਅੰਮ੍ਰਿਤ ਸਾ:**

- 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 कतार दूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी बिबरन मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई बिबरन सत्य नहीं अथवा सत्य नहीं है तो मेरी प्रार्थना सिद्ध हो या भुलती है।
- 2) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि "कौशल विकास योजना", से लेने का सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से इस प्रश्न में माग की राशि, इस राशि का अधिकतम या समस्त बिबरन किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति देना)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सख्त से स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, उनके "कोशिका" एप्लिकेशन, पत्र, साप्ताहिक दूरदर्शन से जुड़ी प्रचारितियाँ और उपचारितियों के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं प्रश्न का निराकरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वीकृति देता हूँ।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी माध्यम से प्रसारित करने से स्वतः ही मेरी सहायता के लिए अधिकृत नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" एप्लिकेशन और उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थशास्त्र के दृष्टिकोण से अर्थशास्त्र का अर्थ है



AGREEMENT by HOSPITAL (बिपक्षित हस्त कर)

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:

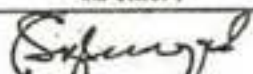
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इससे जटिलतर, इसकाफी को अंदर से घावले/छेले को "कोईका फलम्बेशन" से विविध छायापत्र हेतु रिजर्वीता को खली है, जिसे इन (हमपात) विन इमान से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो 'कोडिना' और न ही 'कोडिना' में विभिन्न साक्ष्यता किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐंटी/पायले में तंगे या तंगे हैं, जैसे कि इनमें "कोडिना" "कोडिना" से विभिन्न/विभिन्न उक्त के उक्त में "कोडिना" "कोडिना" द्वारा गहरा है कि है। यदि "कोडिना" "कोडिना" द्वारा साक्ष्यता विभिन्न/विभिन्न उक्त में गहरा नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्था से साक्ष्यता तंगे का अर्थ/अर्थ सुनिश्चित नहीं है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता विभिन्न गहरा उक्त ऐंटी/पायले है कि किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं संस्था/ऐंटी।
- 2) "कोडिना" "कोडिना" से ही न तो साक्ष्यता केवल विभिन्न प्रकृति की है। ऐंटी या इत्यादि द्वारा ही न तो साक्ष्यता या विभिन्न न तो उक्त/प्रकृति का धुंधल ऐंटी एवं इत्यादि के बीच का विषय है और "कोडिना" "कोडिना" द्वारा किसी प्रकार का कोई उक्त नहीं है। इसीलिए इत्यादि में ऐंटी के इत्यादि मूल्य और अन्य उक्त को सही विनियोजित ऐंटी एवं इत्यादि की ऐंटी और "कोडिना" की कोई उक्त या विनियोजित इस पायले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसदीय

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/12/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं. 	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी 
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरिक्त उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2 