

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.		
APPLICATION No.: K/12/07/2864 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 30/12/2019 आवेदन तिथि:		
NAME of APPLICANT: MOHONTA DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 57	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SURESHCHANDRA DAS पिता/कन्या का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता GOAL PETA, GASTRIYA, WARD 24 MIRJANAGS 143411, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION: CONTRACT LABOURER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 X 12 = 20400/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)		
PAN No. क्या है/छाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल है (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगायें) 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.	MOHONTA DAS	57	M	SELF
2.	SHUMIA ROY	28	F	DAUGHTER
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियमित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रतिलिपि संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आन्तरिक/वैद्यक से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (STAS + TOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोतों से ली जा चुकी है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 कबल यह 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 इससे सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त करूँगी, उसका उपयोग इसी कारण से दिये गये विवरण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि मैं सहायता हेतु यह प्रारूप भरी नहीं हूँ, उस एवम् का व्यक्तिक या प्रत्यक्ष किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (အရင်းခံ ပုဂ္ဂိုလ်)

- 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/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 का जवाब इच्छा रखने वाले को जान सकार, मैं (अर्हक) अपने चहरे की छवि प्रस्तुत करूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" एनएन न्यासी, पता, सम्बन्धन द्वारा प्रसारण से मुझे अधिकृतियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति मेरे हस्तों के पक्षों या पक्षों के पक्षों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि सहायता के उपस्थितियों से अधिकृत है मुझे सहायता सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एनएन उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सम्बन्धकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके बच्चे को सुरक्षित रखें या अलग से नज़र रखें



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 अधिकतर, इसका मतलब है कि वे "कोई भी" या "कोई भी" से विभिन्न राज्यों में विभिन्न राज्यों की जाती है, जिसे इन (इसका मतलब) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो व्यक्ति और न ही व्यक्ति में विभिन्न सत्तायुक्त किसी नैतिक संपत्ति या किसी अन्य संपत्ति से उभरा ऐतिहासिकता में होने या होना है, जैसे कि हमने "बौद्धिक संपत्ति" को विचारित/व्यक्तिगत उभार के अन्वय में "बौद्धिक संपत्ति" द्वारा गहरा देना है। यदि "बौद्धिक संपत्ति" द्वारा सत्तायुक्त विधिगत/व्यक्तिगत में सत्तायुक्त नहीं किया जाता है तो सत्तायुक्त किसी अन्य नैतिक संपत्ति या किसी अन्य संपत्ति से सत्तायुक्त होने का अधिष्ठात मुक्ति प्राप्त है। इस धृष्टि में सत्तायुक्त नहीं है कि सत्तायुक्त द्वितीय गहरा उभार ऐतिहासिकता में देना किसी नैतिक संपत्ति या किसी अन्य संपत्ति से नहीं संपत्ति/ऐतिहासिकता।
2. "बौद्धिक संपत्ति" को ही नैतिक संपत्ति विधिगत प्रवृत्ति को है। ऐतिहासिकता द्वारा ही नैतिक सत्तायुक्त या विधिगत नैतिक सत्तायुक्त/व्यक्तिगत का धुंधला होने नैतिक सत्तायुक्त को संपत्ति या विधिगत है और "बौद्धिक संपत्ति" द्वारा किसी प्रकार का नैतिक सत्तायुक्त नहीं है। इसलिये सत्तायुक्त में ऐतिहासिकता में ऐतिहासिकता और अन्य जाने को सत्तायुक्त विधिगत ऐतिहासिकता में ही होती और "बौद्धिक" को ही नैतिक सत्तायुक्त या विधिगत इस सत्तायुक्त में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

कयीकली के लिए संस्कृति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 30/12/2017	Dr. K. G. ... MBBS, D.O., ... Reg. No. ... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तेफा व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हास्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तेफा 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तेफा 2 	