

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of life.		
APPLICATION No.: K/1219/2877 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 30/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: UJJALA HALDER आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 65	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAJENDRA PRASAD SARKAR पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता AMHERST STREET, KANSA RAM MOHAN SARANI, KAI KATH 700009, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वहाँ आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION: HOME MAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1900 x 12 = 22800 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)		
PAN No. क्या है खाली छोड़ें				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो खान्य हो उस पर सही का निशान लगायें):				
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 से क्या सम्बन्ध
1	UJJALA HALDER	65	F	SELF
2	TAPAN HALDER	33	M	SON
3	NABAKUMAR HALDER	34	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवर्तित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विन्यास का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (YES + NO)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्तो अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशी	

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 धोषण करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं; यदि कोई विवरण एवं/अथ अभाव पाया जाता है तो सही जानकारी देना भी वांछनीय है।
- 2) सौ दाय के छात्र/छात्राएँ "कॉलेजियल फाइलिंग", से ली जा रही हैं, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पाया गया है।
- 3) मैं प्रतिबद्ध हूँ कि जिस छात्र/छात्रा से यह प्रश्न भी पूछा है, उस छात्र/छात्रा का शैक्षणिक या सफल विकास किसी अन्य छात्र/छात्रा/छात्राओं के साथ जो विषय में और न हो शैक्षणिक में ही।

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/put-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 उत्तर इसप्रकार या अन्यथा की जाए तबका, मैं (अपने/एक) अपनी छात्रों को मुक्ति कराते हैं एवं "कॉलेज फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अधिकृत करता है कि मैं या, या, कोई और को विचार इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कॉलेज" एवं ग्राहकों, या, माध्यम से मुझे अधिकृत और प्रभावितों को तबे किसे भी प्रश्न माध्यम से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विचार में इसका के प्रश्न या बाद में करने के लिए "कॉलेज फाउंडेशन" व ग्राहकों अधिकृत है।
- 2) मैं (अपने/एक) इस बात से सहमत हूँ कि मैं या, या, कोई और विचार को कि छात्रों को प्रभावित से प्रभावित है मुझे सत्य: छात्रों या इकाया भी बतला। इस सम्बन्ध में "कॉलेज" द्वारा उसके ग्राहकों का निर्णय अधिक और माध्यमों द्वारा।

अपेक्षित की आवश्यकता पर निर्भर करता है।



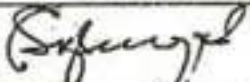
By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे जाणकारी, इसकाफूट की ओर से आवाज़/ऐसी को "कोशिका फायरबैल" से विविध साधन से दुरु धिक्कारी की जाती है, वैसे इन (इसकाफूट) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि वे जो बौद्ध और वे ही पहिले में विभिन्न सहायक किसी के साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से उच्च लेनी/पमाले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "बौद्धिक सहायता" से विपरीत/विपरीत उच्च के सम्बन्ध में "बौद्धिक सहायता" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "बौद्धिक सहायता" द्वारा सहायता विपरीत अधिक/समस्त हेतु समुदाय की किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य के साक्षरी संस्था या किसी अन्य समुदाय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय गहरा उच्च लेनी/पमाले हेतु किसी के साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।
2. "बौद्धिक सहायता" से ही नहीं सहायता केवल विभिन्न प्रकृति की है। ऐसी या इनमाला द्वारा ही ग्रां सहायता या विपरीत गरी उपचार/प्रक्रिया का प्रमुख ऐसी एवं इनमाला के बीच का विषय है और "बौद्धिक सहायता" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रथम नहीं है। इसलिये इनमाला में ऐसी के इनमाला मुख्य और अन्य जाने की सारी विधेयों ऐसी एवं इनमाला की लेने और "बौद्धिक" की कोई पहिले या विधेयों इस मामले में नहीं होती।

कृषीकरी के लिए संस्थाएं

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/12/2014	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., DNB, FRCS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) सुस्रोत को पत्र पर हस्ताक्षर व छिद्र	Enb S. Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरीक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 