

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.: K/0120/2940
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 1/1/2020
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: ROUPCHAND MULLICK
आवेदक का नाम

AGE-YEARS मातृ-वर्ष 60
SEX लिंग M

FATHER/SPOUSE'S NAME: KAKALIYA MULLICK
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

1, THAKURDAS CHATTERJEE ROAD, KAMARHAT
NORTH 24 PARGANAS 700055, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: LABOURER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 x 12 = 20400/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्पष्ट छात्रा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	ROUPCHAND MULLICK	60	M	SELF
2	RAJOL MULLICK	27	M	SON
3	SHIBIN MULLICK	57	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय का पत्र (आय का पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (आय का पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) अभ्युक्तिता कार्ड (आय का पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गए विषय का वर्णन:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची प्रस्तुत
1	DIAGNOSTICS — CATARACT — RE
2	SURGERY — RE (SICST/LOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी हेतु प्राप्त राशि

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰੰਘਿਤ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ ਪਾਤ:**

- 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 कह रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सचय असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस पर कबलवाता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं इस प्रकरण की पूर्ति के लिये, इस राशि का कोशिका या सचयत दिखाने किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो रिहाई के अतिरिक्त या ही अधिक नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, दान, वाचनालय वगैरें जहाँ से मुझे चिकित्साईय और उपचारविधियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण हो जाने के बाद या फिर मे करके के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि सेवा देने, पात्र, फोटो और विवरण को कि कदाचित्त मैं उत्तरों से अधिक ही मुझे सेवा: स्वास्थ्य या इतरता जो सकता इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उससे न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अनुसंधान के माध्यम से अंग्रेजी का शिक्षण



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 00 000)

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.

हमारे जगत्पुत्र, इन्द्रजित् को जल से मगलेश्वरी को "कलिका भक्तेश्वरी" से विशेष उपासना हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसारा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वोच्च और न ही सर्वोच्च में विभिन्न राजस्व किसी नैर सरकारी संयंत्र या किसी अन्य संस्था से उभरा ऐतिहासिकता में लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि इनमें "कोलिका फायदेना" से निरालीकरणित उभर के सम्बन्ध में "कोलिका फायदेना" द्वारा भरपूर हेतु कि है। यदि "कोलिका फायदेना" द्वारा राजस्व विनिर्दिष्ट अतिरिक्तकाल हेतु समुद्र नहीं किया जाता है तो अत्यन्त किसी अन्य नैर सरकारी संयंत्र या किसी अन्य संस्थाओं से राजस्व लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्त निजीय भरपूर उभरा ऐतिहासिकता हेतु किसी नैर सरकारी संयंत्र या किसी अन्य संयंत्र से नहीं लेना-लेना।
2. "कोलिका फायदेना" के ही नैर राजस्व संयंत्र विनिर्दिष्ट प्रवृत्ति की है। ऐसी नैर इत्यन्त द्वारा ही नैर राजस्व या विनिर्दिष्ट नैर उभरा ऐतिहासिकता का धुन्य ऐतिहासिकता एवं इत्यन्त के बीच का विषय है और "कोलिका फायदेना" द्वारा किसी प्रकार का कोई उभर नहीं है। इसलिये इत्यन्त में ऐसी नैर इत्यन्त प्रवृत्ति और अन्य नैर की नैर विनिर्दिष्ट ऐतिहासिकता एवं इत्यन्त के ही नैर और "कोलिका" को कोई अधिकार या विनिर्दिष्ट इत्यन्त में नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्त्रीकृतो मे शिव संभारि

Date of Surgery अंशाल भौ गरीक 1/1/2020	Dr. Priyansha Chatterjee MBBS, DNB (Name of Dr. & Regit. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इकाई के साथ	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इकाई के अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मान्यता प्राप्त संग्रहालय

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राप्ति इकाया 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राप्ति इकाया 2
	