

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No.: K/0120/3039 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 4/1/2020 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: MAIMUN NISA आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 73	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SK BACHAN पिता/हस्ताक्षर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता 5C/1A/16, DR. M. C. SARANI, RASA KANTI MOHAN SARANI, KOLKATA 700009, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: एवं निवासीय 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 साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. संपादित संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो लागू 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
1.	MAIMUN NISA	73	F
2.	ZARBA PARVIN	42	F
3.	KAZA BACHAN	39	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता की सिफारिश के आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) एपिली कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयस ईएस का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE		
2.	SURGERY — RE (CIC/STOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE सी गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: **अवेदनद्वारा उक्त अवेदन 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 Koashika 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमान सत्य नया है तो मेरी स्थापना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्थापना दिलाता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, वह केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रश्न में सत्य सत्य है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से, जिस सहायता के लिए मैं इस फॉर्म में सहायता की मांग कर रहा हूँ, के लिए किसी भी प्रकार की रकम की मांग नहीं कर रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING JOB) _____

- 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/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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी स्वीकृति और अधिकार दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत अधिकार है कि वे मेरा नाम, पता और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रदर्शित करने के लिए उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सामग्री को प्रदर्शित है मुझे मदद: प्राप्त करने का अधिकार नहीं देता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई मदद और/या मदद के लिए निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आगे बढ़ते ही प्रकाश का अंदरूनी भाग निकल



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल से सहमति)

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 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.

हमारे व्यक्तिगत, सामाजिक और उद्योगों के समस्त जीवन को "कोविड-१९ महामारी" से निपटने का समय है। विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) द्वारा बताया गया है कि यह एक वैश्व महामारी है।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियमों में विहित प्रावधान किसी भी राजस्व को राजस्व या किसी अन्य रूप से उक्त टैरिफ/चार्ज से होने या तो नहीं है, जैसे कि इनमें "सीलिंग चार्ज" या "सिटीजिटीसीटी उक्त के अन्वय में "सीलिंग चार्ज" द्वारा गण्य है। और "सीलिंग चार्ज" द्वारा राजस्व विहित अधिक/प्रकार है। गण्य नहीं कि यह अन्य प्रावधान किसी अन्य भी राजस्व प्रदान या किसी अन्य राजस्व को राजस्व होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि राजस्व विहित गण्य उक्त टैरिफ/चार्ज है। किसी भी राजस्व को राजस्व या किसी अन्य अन्वय को नहीं संघ/देश।
2. "सीलिंग चार्ज" को ही यह राजस्व केवल विहित प्रवृत्ति को है। ऐसी या राजस्व द्वारा ही यह राजस्व या किने गये राजस्व/प्रकार का प्रमुख टैरिफ एवं राजस्व को ही या विषय है और "सीलिंग चार्ज" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसीलिए राजस्व में टैरिफ के द्वारा सुरक्षा और अन्य चार्ज को नहीं विनियमित टैरिफ एवं राजस्व को टैरिफ और "सीलिंग चार्ज" को ही अधिक या विनियमित इस मामले में नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिश को लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/1/2020	Dr. Nalin K. Kothari (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व छवि	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 आशी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आशी इलाका 2	
		