

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0120/3068

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

6/1/2020

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SANDHARA BEGAM

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

SK AMANAT

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

AYMAPARA, CHENGALT, HOKRAH 711308  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS 1500 x 12 = 18000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| 1.                     | SANDHARA BEGAM                                    | 65                         | F              | SELF                                           |
| 2.                     | RABINA BEGAM                                      | 30                         | F              | DAUGHTER                                       |
| 3.                     | AKTAR BEGAM                                       | 35                         | F              | DAUGHTER                                       |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

\*PURPOSE\* for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने चिह्नित का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS — CATHART — LE                                                                     |
| 2.                     | SURGERY — LE (STCST + TOL)                                                                   |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |



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.

- 1) मैं सोचना करता हूँ कि इस प्रश्न में दिने मने सभी विचारण घरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विचारण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो घरी सहमता निरस्त की जा सकती है।
- 2) घरी द्वारा जो सहमतायें दली "कॉन्सिडर फाइनल", से घरी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये बिना नहिये, जो इस प्रश्न में परत गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस सहमतायें हेतु यह प्रश्नवाली गई हैं, उस दली का अंतिम या सकल विस्तार किसी अन्य कोटिनिर्धारक/वीन कम्पनी से न ले लिया है और न ही पाण्डित्य में भूषा।

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 fulfilment 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 द्रव्य पर अपने हाथों या जोंगों की छाप लगाकर, मैं (अवलोकक) अपनी सतृप्ति की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अभिभूत करता हूँ कि मेरा जप, पत्र, फोटो और जो विवरण इस द्रव्य में धोषित है, उसे "कौशिका" एवं न्यासी, राज, कान्तदाय दूरी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के तिन किसी भी इसा न्ययय से प्रभावित करने के लिए अभिभूत है। मेरे द्रव्य का विवरण मेरे हाथों के पड़ने या बर मे करने के लिए "कौशिका फाउंडेशन" व न्यासी अभिभूत है।
- 2) मैं (अवलोकक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा जप, पत्र, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सत्ता: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कौशिका" एवम उसके न्यासी का विनियम अतिथि और अध्यापक होना।

आवेदक को इसाया या अंग्रेजी का निशान



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.

इसमें अधिकृत, इस्तेमाल की ओर से सम्बन्धी को "भौतिक प्राप्ति" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संकेत से उठाए जाएगी। जैसे कि इनके "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफरिडिजिटीज उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पार देना कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति अधिकारिकता देना मन्सूरी की वित्त उठा है तो सम्भवत किन्ही अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्भवत द्वितीय पत्र उठाएगी। यहाँ से किन्ही गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेती गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी या सम्भवत द्वारा ही गई सहायता या किन्ही गैर सम्भवत प्रक्रिया का प्रभाव ऐसी एवं सम्भवत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए सम्भवत में ऐसी के द्वारा सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं सम्भवत की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

|                                                |                                                                                                                        |                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>6/1/2020 | Dr. Hari Shanker Nag<br>MOBS, MBBS, DNB<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व इम्प्रेस व रजि. नं. | Dr. Hari Shanker Nagchi<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>on behalf of Hospital)<br>नाम व पद इम्प्रेस व अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1                                        | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2                                         |
|  |  |