

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: K/0120/3089		APPLICATION DATE: 7/1/2020					
NAME of APPLICANT: SABITRI DEVI		AGE-YEARS: 61		SEX: F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAMUNA SETH							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 51 HUKHERJEE ROAD, TITAGARH, NORTH 741001, WEST BENGAL				 			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE							
OCCUPATION: DOMESTIC HELP		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1400 X 12 = 16800		(Attach Proof of Income)					
PAN No. [Blank]		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No			
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1.	SABITRI DEVI	61	F	SELF			
2.	SAMUNA SETH	84	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE						
2.	SURGERY — IE (SICUTOL)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED					

DECLARATION by APPLICANT: অনুমোদিত হুজুর মৌলানা দাস:

- 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 कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता प्राप्त "कौशल विकास प्रोजेक्ट", से ही यह पता है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पता गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं न वर्तमान में न ही भविष्य में इस राशि का अधिक या कम किसी दूसरे स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ही विरासत के तौर पर न ही अधिक नहीं प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and print)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 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 प्रश्न का उत्तर इसलिए या क्यों की बात समझिए, मैं (अर्हक) अपने खान्दानी की मुद्रि लगा रहा हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में जोड़ें हैं, इसे "कॉशिका" द्वारा पत्रों, पत्र, याचनाएँ करने के माध्यम से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी के लिए विज्ञापन के प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका प्रयोग मेरे इरादों के पक्षों या पक्षों के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" में प्रसारित करता हूँ।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित कर सकते हैं। सहायता का प्रदान नहीं करता। इस कार्य में "कॉशिका" द्वारा प्रदान की गई जानकारी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

असेलच ती बायला या संतते या निमत



AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISHING MEDICAL RECORDS)

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.

इसके अतिरिक्त, इसकाफै को अंदर से साफसे/रेगी को "कोशिका काउन्टेशन" के विधिग साहजात हेतु रिफरेंस की जाती है, जिसे इन (इसकाफै) दिने प्रकाश से चाने व स्वीजर काते है।

- 1) यह कि न तो कोशिका और न ही पृथिवी में विभिन्न सहायक किसी एक सहायक कोषण या किसी अन्य यंत्रों से उष्मा लेई-मायले में लेने या ले जाने हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फायनटेरा" से सिद्धांतगत/विशेषी उष्मा के आगमन को "कोशिका फायनटेरा" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोशिका फायनटेरा" द्वारा सहायक विभिन्न जीविक/असहायक हेतु संपूर्ण यही किंच असा है तो असहायक किसी अन्य यंत्र सहायकी कोषा या किसी अन्य जननाशन से सहायक लेने का जीविकम सुनिश्चित उपाय है। इस पृथिवी में सत्य कहा जाय है कि आगमनात द्वितीय गहर उष्मा लेई-मायले हेतु किसी एक सहायकी कोषा या किसी अन्य सहायक से यही ले-या-लेगी।
2. "कोशिका फायनटेरा" से ही नई सहायका संभव विभिन्न प्रकृति की है। ऐसी नए इनपुतात द्वारा ही यह सहायक या किने गये जपक/उत्पत्तिया का पुनः लेगी एवं इनपुतात के बीच का विषय है और "कोशिका फायनटेरा" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायक यही है। इसलिये इनपुतात में ऐसी के इनपुत सुपुता और गले जाने की सही विनियोजी ऐसी एवं इनपुतात को सोने और "कोशिका" को कोई पृथिवी या बिन्दु-पटी इस मायले में यही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संभव

Date of Surgery सर्जन की तारीख 7/1/2020	Dr. Nalini Kanti Karan (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तेमाल व छाप	Shrinagar Singh Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तेमाल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इस्तेमाल 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इस्तेमाल 2
		