

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0120/3178
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 31/1/2020
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: CHAPA ROYCHOWDHURY
आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष
67

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JAGABANDHU ROYCHOWDHURY
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PB GHAT ROAD, KAMARHAT, PANIHAT, NORTH 24
PARGANAS 700058, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2100 X 12 = 25200/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सक्षम संलग्न)

PAN No. सवाई खात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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.	CHAPA ROYCHOWDHURY	67	F	SELF
2.	SHIBU NIRMALIN ROYCHOWDHURY	38	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SLPST + IOL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता रकम

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण सच हैं। यदि कोई मिथ्या एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से हो जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।

3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता से या प्रत्यक्ष को नहीं हूँ, वह प्रति का अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न हो विवरण है और न ही भविष्य में हूँ।

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/post-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.

अधिकांश के बच्चों को यह आगे का विचार



इसके अतिरिक्त, हमारे सभी को और से मायाजी की "बोशिका पाउन्डेशन" से विशेष सम्मान देने विचारित की जाती है, जिसे हम (हमसारा) विश्व प्रकार से साथ च मीका करते हैं।

1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित सहायता किसी और सरकारों संस्थाओं या किसी अन्य व्यक्ति से उठाए जायेगी। यहाँ पर यह है कि "कॉलेजियल गवर्नमेंट" से विधिकृत व्यक्ति उक्त के सम्पूर्ण में "कॉलेजियल गवर्नमेंट" द्वारा मरद देना कि है। यदि "कॉलेजियल गवर्नमेंट" द्वारा सहायता विधि अधिकार/सकल देना पानुन ली किया जाता है तो अवगतता किसी अन्य और सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अवगतता विशेष मरद उक्त संविधान में देना किसी और सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से नहीं होगा/लेगी।

2. "कोशिका कायन्देशन" से तो यह समझना संभव नहीं है कि यह प्रक्रिया क्यों होती है। ऐसी या सम्भवतः इससे दो-तीन सालों के अन्दर यह प्रक्रिया का अन्त होना शुरू हो सकता है और "कोशिका कायन्देशन" इस किसी प्रकार का कोई रक्तक नहीं है। इसलिए सम्भवतः से ऐसी को इलाज शुरू और अपने नाम को सही निर्दिष्ट करने से यह प्रक्रिया को ठीक और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या निर्दिष्ट करने इस मामले में नहीं होगी।

संगीकृतों के लिए संस्थिति

9/1/2020

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व इस्तेफा व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 नामी इम्तयाज ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 NAME of TRUSTEE 2

Rich