

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0120/3840 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 08/01/2022 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: PADMABATI SAHA आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 66	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NIRANJAN SAHA पिता/पति का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कौनसे निवासी पता PADMABATI PARA, KATWA, BARDHAMAN 713130, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासी पता - AS ABOVE -			
OCCUPATION: HOME MAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 X 12 = 18000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. क्या है या नहीं ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को यहाँ से उचित चिह्न का चयन करें)		Yes / No हाँ / 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.	PADMABATI SAHA	66	F
2.	MAAY SAHA	40	F
3.	ADARSH SAHA	37	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध			
1. SELF			
2. DAUGHTER			
3. DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति जोड़ें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति जोड़ें)	
Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति जोड़ें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न में से किसी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची प्रस्तुत		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE		
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या की?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE आप स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस पर सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त भी हो सकती है।
- 2) मैं प्रमाणित करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से ही यह राशि है, उसका उपयोग सही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पता प्राप्त है।
- 3) मैं यहाँ प्रमाणित करता हूँ कि मैं भविष्य में इस राशि का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या किसी अन्य स्रोत से नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING EMPLOYMENT)

- 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/print-upreproduce 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 उत्तरदाता या जेंडर को आप समझाएं, मैं (अर्क्षक) अपने जेंडर को प्रुति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे वेद, पत्र, फोटो और भी विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, पत्र, पत्रिका/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को विवेक विधियों को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तर के पत्रों या पत्रों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित है।
- 2) मैं (अर्क्षक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद, पत्र, फोटो और विवरण को कि साक्षात् को उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्पष्ट: साक्षात् का उपयोग नहीं करता। इस समर्थन में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेक्ष के ह्रास या अंगों का निरास



AGREEMENT by HOSPITAL (TYPED OR PRINTED)

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 अतिथिगृह, इच्छापूर्वक और अनुरोध के बिना किसी भी "कोटिंग्स फ़ोरमेशन" से विविध सामान्य हेतु विकसित की जाती है, जिसे हम (ब्रम्हाचाल) दिनेश प्रसाद से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो संवेदन और न ही पहचान में किसी साक्ष्य किसी भी प्रकार से संभव या किसी अन्य उद्देश्य से उक्त ऐन/पत्रों में होने या तो नहीं है, जैसे कि इनमें "बौद्धिक अपाठ्यता" से निराकरण/निर्दिष्ट उक्त के संभव में "बौद्धिक अपाठ्यता" द्वारा गहरा है कि है। यदि "बौद्धिक अपाठ्यता" द्वारा साक्ष्य निरपेक्ष अतिरिक्त/सकल है। यह स्पष्ट नहीं किया जा सकता है तो आवश्यकता किसी अन्य भी साक्ष्य संभव या किसी अन्य संसाधन से साक्ष्य होने का अधिकार सुनिश्चित करता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाया है कि आवश्यकता द्वितीय गहरा उक्त ऐन/पत्रों में है। किसी भी प्रकार से संभव या किसी अन्य संसाधन से नहीं संभव/सकल।
2. "बौद्धिक अपाठ्यता" से ही यह साक्ष्य केवल द्वितीय धृष्टि की है। ऐन/पत्र का इस्तेमाल द्वारा ही यह साक्ष्य या किसी भी उद्देश्य/उद्देश्य का प्रमाण होने एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "बौद्धिक अपाठ्यता" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसीलिए इस्तेमाल में होने के इरादा प्रमाण और अन्य कार्य को सही विनियमों ऐन/पत्र एवं इस्तेमाल को होने और "बौद्धिक" को कोई प्रमाण या विनियमों इस मामले में नहीं होने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अधीनकारी को निम्न संभवति

Date of Surgery अस्त्रोपचार को तारीख 8/4/2020	Dr. Anil Sudhakar Reg. No. 77461 MBBS, DNB (Ophthalmology) FICO, (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डा. अनिल सुधकार एम.बी.बी.एस.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

आवृत्तिक उपप्लेन सेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्द्रधर 2
	