

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : आवेदन तिथी			
NAME OF APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष		SEX लिंग	
PRATIMA BIKRAM		67		F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम					
NARAHARI BIKRAM					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता					
UTTAR KASHINAGAR, PURANDARPUR, MATHURAPUR-					
II, SOUTH 2A PARANAS 743349 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता					
— AS ABOVE —					
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (नविवाहित)	
HOUSE WIFE					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
6000 X 12 = 72,000/-					
PAN No. रणनीति नं. जारी करने वाला					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable). क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
Yes / 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	PRATIMA BIKRAM	67	F	SELF	
2.	PRADIP BIKRAM	39	M	SON	
3.	PREJANTA BIKRAM	32	M	SON	
4.	ANITA BIKRAM	26	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनोद आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
				Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये बिना का उद्देश्य:					
Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न					
1. DIAGNOSIS — CATARACT — RE					
2. SURGERY — RE (SICS + IOL)					
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. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोदय झा महोदय व्य.

- 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 धीरगं काल है कि इस प्रारंभ में विधि में सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत साबित आता है तो मेरी महापक्ष विज्ञापन को खारिजी है।
- 2) मैं दृढ़ता से महापक्ष विधि "कठिनाई साहचर्य", में लगे जा रही है। इसका उपयोग करने उद्देश्य की पूर्ति के बिना किया जाएगा, जो इस प्रारंभ में धरा गया है।
- 3) मैं यही काल है कि बिना महापक्ष हेतु पर कार्यवाही को नहीं है, उसे लाने का अधिकार या सहायक विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा बना)

- 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.

21) [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 Kashiwa Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस उद्धरण का अर्थ स्पष्टता का अभाव को छाप-छापका, मैं (अर्थद्वय) अपनी योग्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाइटिंग्स और इसकी व्याख्या" को अधिकृत करता हूँ कि मैं स्वयं, पक्ष, छोटी और बड़ी विचारण इस प्रश्न में शामिल है, इसे "कोशिका" एवं न्यायी, राज, याचक या दूर से उद्धरण से मुझे गतिविधियों और गतिविधियों के लिए किसी भी प्रकार बाध्यता से प्रसन्न करने का लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विचारण मेरे इच्छा को भुलने या बल से करने का लिए "कोशिका फाइटिंग्स" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थद्वय) इस बात से सहमत हूँ कि मैं स्वयं, पक्ष, छोटी और विचारण को कि सहमत को उद्धरण से प्रसन्न है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" प्राप्त उद्धरण न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

असह्यता में प्रत्यक्षता का जगह का विचार

ଅକ୍ଷିଆଦିମରଣ

AGREEMENT by HOSPITAL (इससेम द्वारा कएल)

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.

हमारे अधिपति, हमेशाही की ओर से यमराजप्रेमी को "कोलाका वादमंत्राल" में नियमित सहायता हेतु मित्राणि को जाती है, जिसे हम (प्रसन्नता) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी महापुरुष किसी भी आकाशवाणी सम्मेलन या किसी अन्य सत्रों में उक्त टोपी/पायल्ले में लोरी का लेना रहे, जैसे कि हमने "कोशिका कागज-ढोल" में विकसित/चित्रित उक्त के सम्मेलन में "कोशिका कागज-ढोल" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यहाँ "कोशिका कागज-ढोल" द्वारा महापुरुष विनोद आशिराजसकल हेतु स्पष्ट भी किया जाता है तो सम्मेलन किसी अन्य भी महापुरुष सम्मेलन या किसी अन्य सम्मेलन में सम्मेलन लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्मेलन द्वितीय पर उक्त टोपी/पायल्ले हेतु किसी भी आकाशवाणी सम्मेलन या किसी अन्य सम्मेलन में नहीं होगा/लेगी।

2. "कोशिका आन्दोलन" से तात्पर्य सङ्घटित कोशिकीय प्रतिक्रिया की है। ऐसी यह अवस्था प्राप्त हो सकती है कि जब उपचार/प्रक्रिया का प्रभाव होता है तब अवस्था में परिवर्तन होता है और "कोशिका आन्दोलन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए अवस्था में ऐसी ही स्थिति सुझा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए ऐसी एवं अवस्था को देखते हुए "कोशिका" की कार्य प्रणाली या प्रक्रियाओं इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सर्वोपकृती यां शिवा संयुक्ति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

22/02/23

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

OPTOM ADARSH DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
KANIK PULFUS OPTICAL ACADEMY

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपकरण हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE :
 नामी ठाठठठ

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

2012