

## **APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सचावता हेसु आवेदन प्राप्ति

## **(Healthcare)**

(स्वामिनाथ गेहामाल)

APPLICATION No.: K/0524/ 0134  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 02/05/2014

**NAME of APPLICANT: BRIHASPATI HALDER**  
ব্ৰহ্মপুত্ৰ হালদেৱ

AGE-YEARS वय-वर्ष SEX सेंद्र

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUDIT HALDER  
FATHER'S M. TEL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवास स्थान  
GORIJOLA HALDER PADA NISHAPUR (MT)  
DHANYAGHATA SOUTHERN PADA PARGANAS  
743355, WEST BENGAL

PERSIMMON READING ADDRESS: 1000 SANTA MONICA BLVD., SUITE 1000, LOS ANGELES, CA 90020

— AS ABOVE —

**OCCUPATION:**

HOUSE WIFE

ANSWER (Page), UNKNOWN (Page)

TEXAS ANNUAL REPORT

$$4000 \times 12 = 48\,000$$

(Almudh-Pyrol of Incom) (अमृद-प्यूल ऑफ इनकम)

MAN No. 300000000

**ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE? (Tick whichever is applicable)**

• You / Me

W178

**BASIS FOR REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EHS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basic/Proof
गरीबी रेता के नीये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सत्य स्वीकृत सेल्सन करो)	सत्य स्वीकृत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सत्य स्वीकृत सेल्सन करो)	(प्रमाण पत्र की सत्य स्वीकृत सेल्सन करो)	सत्य सांख्य सामग्री

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE**

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपातकालिक से जारी की गई अधिसूचना सूची सहित
1.	<b>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</b>
2.	<b>SURGERY — RE (SICS + IOL)</b>

**ASSISTANCE BEING AWAITED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**

Sr. No. अन्य स्रोत	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIDED दी गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा की-

- 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.
  - I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purposes", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
  - 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 पूर्णपूर्ण रूप से इस प्राप्ति को प्राप्त करने के लिए अपनी जलवायी के लक्ष्यकारी चरण दर्श देता हूँ। परंतु, कोई भी विकास दृष्टि चरण नामक चाल चाला है तो मैंको गहराया निराकार को बतावा देता हूँ।

2) मैं इसके लिए जागतिक लैंगिक उत्तराधिकारी के लिए विकास दृष्टि चरण नामक चाल चाला है तो मैंको गहराया निराकार को बतावा देता हूँ।

3) मैं जुटिया चाला हूँ तो विकास नामक चाल के लिए विकास दृष्टि चरण नामक चाल चाला है तो मैंको गहराया निराकार को बतावा देता हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT** (sign or stamp)

- 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 प्रकार यह अवधि द्वावाका का अंगते की सम समाप्ति, नै (नाविक) अपने साथीयों की उमीद करता है कि "फॉलोवर कारबोडेसन बीटी ताको न्यासीयों" यो अधिकार करता है कि मैंग पान, पान, फॉलोवर की विवरण इस प्रकार में दर्शित है, जो "जॉनेसन" एवं न्यासी, पान, न्यासीयों द्वावे झौलेंगे यो तुम्हों परिवर्तित हो। न्यासीयों में तिनें निम्नी भी ताका न्यासम से उपलब्ध करते होंगे तिन्हीं ताका न्यासम है। नै: प्रकार यह विवरण में ताका यो फॉलोवर का घट ये बताते होंगे कि लिंग "पॉलिसर न्यासीयों" य न्यासी अविकृत है।
  - 2) नै (नाविक) इस बात ये समझता है कि मैंग पान, पान, फॉलोवर विवरण को कि ताका ये अद्यतनों के लिए है तुम्हीं स्पष्ट: ताका या इक्काट बीती बनता इस दर्शक में "फॉलोवर" एवं ताके न्यासीयों पान निर्वाचन अधिक वीटी न्यासीयों संभव।

APPLICANT'S SIGNATURE OR 1 EFT THUMB IMPOSITION -

ਅੰਮ੍ਰਿਤ ਦੇ ਸਾਡੇ ਮਹਿਸੂਸ ਵਾਲੇ



**AGREEMENT by HOSPITAL** (Please initial here)

By affixing herunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshish 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.



२. “कोरिक्यु चार्टनेंडर” से ही वह मानव संकालन किसी प्रकृति की ही होती पर इसका दृष्टि दृष्टि वही जाति वा किसी गवे उच्चारणात्मक वा पूर्ण रेतों वह इमानाल के दोष का विषय है जो “कोरिक्यु चार्टनेंडर” द्वारा किसी प्रकार वा कोई प्रकार वही है इसीलिए इसका ये होता वह शुद्ध तो और अनें ज्ञाने की वही किसी विषयोंहोता होता वह इसका ये बहुत ही बड़ी होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संभवि

**Date of Surgery**

Dr. Schubert 200

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

**OPTOM AVANTAGE DAS**

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
SANKAR J. J. MUTHYALA, M.D., M.B.B.S.  
In behalf of Hospital) 

FOR INTERNAL USE of KOSHUKA FOUNDATION

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

Safary

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

नवाची भृत्या २

line B