

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
 Koshika Foundation Building block of life					
APPLICATION No. : K/0623/0266 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 11/06/23 आवेदन तिथि :			
NAME of APPLICANT : TARAK BAULIYA आवेदक का नाम :		AGE-YEARS : 66 आयु-वर्ष :	SEX : M लिंग :		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GANESH BAULIYA पिता/कन्या का नाम :					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासोपय पता DULDULI, MATUBARI, HINGAL GANT, NORTH 24 PARGANAS, 743439, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासोपय पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION : UNEMPLOYED व्यवसाय :		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. : स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही को चिह्नित लाइये): 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	TARAK BAULIYA	66	M	SELF	
2.	AREDESI BAULIYA	62	F	WIFE	
3.	MATUBARI BAULIYA	38	M	SON	
4.	SAHADEB BAULIYA	33	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SIC & IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		

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.

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 धन्यवाद करता हूँ कि इस आशय से दिने गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कदम असत्य पाया जाता है तो सभी महाशय विभाग को ज्ञात करवा दूँगा।

14. मैं सोच करता हूँ कि बिना महाभारत हम एक जातीय की भाँति हैं। अब सोचिए कि अस्मिता का अर्थ क्या है? क्या अस्मिता का अर्थ है कि मैं एक जातीय हूँ, जो एक जातीय में बाँटा गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक: द्वारा किया)

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक-पक्ष की स्वीकृति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 Kashika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने जवाबों या अंकों की जाँच लगाकर, मैं (अवधारक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "काशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उन्हें "काशिका" एपसू न्यायोधी, राज, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तरों के पत्रों या ब्लॉग में करने के लिए "काशिका फाउंडेशन" व न्यायोधी अधिकृत है।

2) मैं (अनिरुद्ध) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम 'परा' छोड़ें और मिलकर जो कि सत्ता का उद्देश्य मैं प्रेषित है मुझे ज्ञात: सत्ता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कौशिक" एक उत्तम व्यक्ति का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आपके कर्म के अनुसार या अंग्रेजी का निबान



AGREEMENT by HOSPITAL - FATHER BY: [Signature]

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.

इसने अधिकतर हमसफ़री को आगे से जगने-पानी को "कारिष्मा फाउन्डेशन" से वित्तित सहायता हेतु विपणनित की जाती है, जिसे हम (हमसफ़री) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

10. यह कि न तो कर्मचारी और न ही अधिकारी में विविध लक्ष्यपथ किसी एक साकारता संस्था या किसी अन्य स्थापना से उभरा होना चाहिये। बल्कि यह है, जैसे कि हमने "कौशिका पाठशाला" में विकसित/विस्तृत उक्त के सम्बन्ध में "कौशिका पाठशाला" द्वारा स्पष्ट हो चुका है। यदि "कौशिका पाठशाला" द्वारा महापुरुष विभिन्न अधिकाधिकारों से सम्पन्न नहीं किया जाता है तो अन्ततः किसी अन्य एक साकारता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से महापुरुष होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय चरण उक्त होना चाहिये किन्तु न ही साकारता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं होगा/होती।

2. "कोशिका फायब्रिलेशन" में सी.एच. महापात्रा कोषों की एक प्रकृति को है। एंटी-म.एम.एस. द्वारा दी गई प्रतीति या चिह्न नये उपचार, प्रक्रिया का चुनाव एंटी-एम.एस. के बीच का विषय है और "कोशिका फायब्रिलेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई उपाय नहीं है। इसलिए हमारा मत है एंटी-म.एम.एस. के प्रत्यक्ष मुख्य और अपने जाने की वहाँ बिम्बद्वारा एंटी-एम.एस. को हंगरी और "कोशिका" की जहाँ भविष्य या प्रक्रियाएँ हम समझें नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सभीकाली के लिए संस्कृति

Date of Surgery

अपराध की जांच

11/06/23

Dr. Skibasila Das

M.B.S. 71

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

हाफेद का साथ में हिस्साओं के लिए न

OPTOM. ANGEOT DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Number of Hospital

SANKAR, P., SANKAR, V., SANKAR, R.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्योन्य रूपमा हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आपके हस्ताक्षर :

SIGNATURE of TRUSTEE 2

२०००

Exchanged

here