

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य हेतु प्रारूप)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: 4/0624/0255 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 02/06/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: CHANCHALA GAIN आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 42 वयु-वर्ष	SEX: F लिंग		
FATHER/SPOUSE'S NAME: SURJAKANTA SIKDER पिता/पति का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्गूम, उत्तर 24 पार्गाना, 743163 BERGUM, NORTH 24 PARGANAS 743163					
WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE स्थायी निवास: — AS ABOVE —					
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 x 12 = 48,000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. [Blank] आवेदक का PAN संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं? (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1	CHANCHALA GAIN	42	F	SELF	
2	BIREN GAIN	56	M	HUSBAND	
3	BIDHAN GAIN	18	M	SON	
4	MINATI GAIN	15	F	DAUGHTER	
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) सभी सदस्यों के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) रसदानी कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रातिपक्ष से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2	SURGERY — RE (STCS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह सहायता कितनी			

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 पर कर्ता हूँ कि इस आग्रह में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण झूठ साबित माना गया जाता है तो मेरी सम्पत्ति निम्न की जा सकती है।

2) मैं इससे स्पष्ट रूप से "प्रमाणित करता हूँ", कि मैं यह नहीं हूँ, उसका उपयोग उसी प्रयोजन की पूर्ति के लिये किए बिना करने, जो इस आग्रह में भरा गया है।

3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि विश्व स्वास्थ्य सेवा का उपयोग मैं नहीं करूँगा, या किसी भी अन्य संगठन द्वारा प्रदान किया जाने वाला स्वास्थ्य सेवा को प्राप्त करने के लिए या इसके अभाव में और न ही भविष्य में ऐसा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Kashiika 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 donors for Kashiika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Kashiika 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.

[illegible]

2) ये (अपेक्षक) इस बात से सज्जत हैं कि मेरा नाम, जहाँ, संघर्ष और नियंत्रण से कि सम्बन्ध में प्रदर्शकों से सम्बन्धित है मुझे मालूम: सम्बन्ध का इन्द्रिय नहीं बल्कि इस सम्बन्ध में "संश्लेष" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्देश और सम्बन्धों द्वारा।

अपेक्षा के अनुसार या संतोखे का निताप

৬ষ্ঠ মাসের

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.

1) यह कि न तो पश्चिम और न ही पूर्व में किसी भी देश के साथ कोई भी संबंध है, जिसे हम (इसका) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में किसी सामान्य किसी भी सामान्य संघर्ष या किसी अन्य शीर्षक से उक्त ऐंटीकमार्गों में होने या तो हो है, बौरी कि हमने "संविधान सामान्य" से निपटारा किया उक्त को सम्पूर्ण में "अभिलेख सामान्य" प्राप्त मगर हेतु कि है न कि "संविधान सामान्य" प्राप्त सामान्य विनियम अधिनियम हेतु मन्तव्य को विनियम है तो सम्पूर्ण विनियम अन्य भी सामान्य संघर्ष या किसी अन्य सम्पूर्ण से सम्पूर्ण होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा गया है कि सम्पूर्ण विनियम मगर उक्त ऐंटीकमार्गों हेतु किसी भी सामान्य संघर्ष या किसी अन्य सम्पूर्ण से नहीं लेना/देना।

[illegible]

स्थानीयता के लिए संरक्षित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

M.B.E.N.
Gold Medal
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम य हातावा व नीचे न

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

साम्प्रतिक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

पुनर्विचार

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायें दिसवण २

Deficiency

Signature