

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता देते आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building Block of Life 	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	K/0624/0256	APPLICATION DATE आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	JHARNA BISWAS	AGE-YEARS आयु-वर्ष 64		SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कर्तव्य का नाम:	GURUPADA BISWAS			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कामयन अवासीय पता KANKPUR ASHOKNAGAR KALYAN GARGH NORTH 24 PARGANAS -743272, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान जावासीय पता — AS - ABOVE —				
OCCUPATION: जबकि:	TEA STALL			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	3,000 x 12 = 36,000/-			
PAN No. रजिस्टर संख्या	(Attach Proof of Income) (आय का संक्षय संलग्न)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप जाय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का निश्चय लगाये):				
Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS घरेलूर विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	JHARNA BISWAS	64	F	SELF
2.	ASIS BISWAS	34	M	SON
3.	DIPALI BISWAS	29	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महानगर को दिये विनामि आपा:				
BPL Card (Attach Card Copy) गर्हणी रेखा के गोई प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को गर्हण प्रीति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लाल लाय चार्ट प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को गर्हण प्रीति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को गर्हण प्रीति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महानगर देते दिये गये विनामि का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)			
2.	SURGERY - LE (STICS + SOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के देते कोई अन्य सहायता विनामि क्या स्वयं से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्वीकृत सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करते हुए

- 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 शोधन कार्या हूँ कि इस प्राप्ति में दिए गये सभी विवरण में सभी ज्ञानकों के अनुसार सत्य एवं सही है। परि कांडे विवरण एवं कथन असत्य पापा बोल है ये पैदे सहायता प्रियता भी या नकटी है।

2) पैदे द्वारा ये सहायता परि "जोशिका कार्यालयन", ये सी जा रही है, उसका उपरांग उसे उद्देश्य की पूर्ति के लिए विकास लानेगा, जो इस प्राप्ति में प्राप्त गया है।

3) मैं पूरी करता हूँ कि विकास सहायता हेतु यह प्राप्ति की गयी है, उस सी जा जोशिका प्राप्ति का समान नियन्त्रक/कीचा कामकाजी से न की जाया है और न ही विकास ये होता।

AGREEMENT by APPLICANT (ผู้ขอตั้ง) _____

- 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 पर अन्नमें डिसीएस का जोगाएं को लाप सुनकर, मैं (आलोचक) अपनी सहमति भी मुश्किल करता हूँ इस "कोरोनावा काउंटडोन ब्लैंड उत्तरांग न्यूजीलैंड" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चाप, पक्ष, कोटी और यो विकास इस प्रकार में खोलित है, उसे "कोरोनावा" एवं न्यूजीलैंड, उत्तर उद्देश्य से खुली गतिविधियों और उत्तरांगियों के लिए विद्युती भी छात्र पाठ्यक्रम से डिसीएस करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विकास मेरे इत्तजाल के खलने वा बदल में बदलने के लिए "कोरोनावा काउंटडोन" य न्यूजीलैंड अधिकृत है।
 - 2) मैं (आलोचक) इस चाप को सहमत हूँ कि मेरा चाप, चाप, कोटी और विकास जो कि जहांगां के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वप्न: जहांगां जा एकाहार नहीं चमाहा। इस सर्वेत में "कोरोनावा" उत्तरांग न्यूजीलैंड का निर्माण अधिक और आधिकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आगंतुक को असाधन या अवृत्ति का लिए



AGREEMENT by HOSPITAL (काला टिका करार)

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.

इसी अविवाह, इसकी भी ओर से स्वतंत्रता को "वास्तविक प्राप्ति-प्रदान" से लिये समाज के सुधारिता की जड़ी है, जिसे द्रुम (डाम्पल) निन प्रकार से मान व स्वीकार करते हैं।

- १) यह कि 'न तो वायन और न ही' परिषद ने विशेष माहात्मा गिरोही जैसे मानवी संम्बाद का विस्तीर्ण अन्य स्वीकृति के उल्लंघन के लिए का ले ले है, जैसे कि इसने "कोशिक फाइब्रोजन" से विशेषज्ञता वाला के सम्बन्ध में "कोशिक चाडन्टेन" द्वारा भटक देता कि है: एवं "कोशिक चाडन्टेन" द्वारा महात्मा विशेषज्ञता वाला हेतु मन्द्रा नहीं किया जाता है तो अस्तित्व किसी अन्य गैर मानवी संसाधन का विशेष अन्य सम्बन्ध से लगायत स्वीकृति का लिया जाता है। इस पृष्ठ पर स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यतारा द्वितीय भटक जल योग्य वायन से हेतु किसी गैर मानवी संसाधन का विस्तीर्ण अन्य सम्बन्ध से नहीं हो सकते।

३. "कोरिंग कारबोर्न" से जी गई लाहोता कंसल विलिंग प्रदूषि की है। योगे या हास्प्रेश द्वारा दो गई मंसवा या किंवे गये राष्ट्रपति/डिक्टिया या भूत्तम ऐसी एक हास्प्रेश के बीच का विचार है और "कोरिंग कारबोर्न" द्वारा विचार प्रकार का कोई दखल नहीं है। इससिंचे हास्प्रेश में योगे के इतना सुख्ख और जहां जाने को चाही विषयोंसही योगे एक हास्प्रेश की होंगी और "कोरिंग" की कोई अभिमान या विशेषज्ञी इस स्थिति में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंगोरण की तिथि <i>१०/०८/२०१९</i>	<i>D.S. M.D. B.Sc.</i> Dr. S. M. D. M.D. B.Sc. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दाक्तर का नाम व हस्पताल का संख. न.	<i>OPTION AVAIL TILL D.A.T.</i> Signature of Authorised Signatory on behalf of Hospital SANKAR D.S.M.D. B.Sc. HOSPITAL अस्पताल अधिकारी
--------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

लोकान्तर दृष्टिकोण से

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
उपायकी व्यक्तिगत २