

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE भारतीय सहायता उम्मीद असेंट		(Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)	Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: अप्लाई नंबर:	K/0624/0309	APPLICATION DATE अप्लाई तिथि:	17/06/29	
NAME of APPLICANT: अप्लाई का नाम:	ANITA DUTTA	AGE-YEARS वय-वर्ष:	57	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/चाक्रिका का नाम:	BASUDEB DUTTA	SEX लिंग:	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती का प्राप्ति पाता KUMARPURA ROAD, AGARPARA, PANTHATI (M) NORTH 24 PARGANAS 700058 WEST BENGAL PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: आवास का प्राप्ति पाता				
— AS ABOVE —				
OCCUPATION: आवासकारी:	HOUSE WIFE	MARRIED (मिश्रित) / UNMARRIED (अमिश्रित) (Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक संतुलन)		
TOTAL ANNUAL INCOME: वार्षिक आय:	5500X12 = 66,000/-			
PAN No. आइडी नंबर:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): आप जाप कर दाता हैं (जो माल हो उस पर सही का गिरफ्तार जाएगी): <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No				
FAMILY DETAILS परिवार के बारे में				
Sr. No. क्रम संख्या:	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम:	Age (Years) वय (वर्ष):	Gender लिंग:	Relation with Applicant अप्लाई के साथ सम्बन्ध:
1.	ANITA DUTTA	57	F	SELF
2.	BASUDEB DUTTA	62	M	HUSBAND
3.	RAJU DUTTA	33	M	SON
4.	LAKTU DUTTA	28	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) मधीय रेखा के नीचे ग्राहक रहा (उपरी पर की ओर लगा दी गई जारी की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मधीय या अमा पर (उपरी पर की ओर लगा दी गई जारी की)	Recession Card (Attach Copy) दूषणकालीन कार्ड (उपरी पर की ओर लगा दी गई जारी की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सम्बन्ध	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता के लिये गंभीर आवश्यकीय:				
Sr. No. क्रम संख्या:	Medical Reports/Prescriptions Attached मरीज़ी/कॉरिडोर में आप की इन दस्तावेज़ों की सूची दी गई।			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES एसी उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता लियी जाय चाहते हैं तो क्या है?				
Sr. No. क्रम संख्या:	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम:	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED इसी पर्याप्ति का राशि		

**DECLARATION by APPLICANT:** आपके गृह निवास पर

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will hinder my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I explicitly 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.
- 4) मैं याकूब याकूब हूँ जि इस फॉर्म में ऐसे तरह जीवन की समस्याएँ हैं अनुचित कारण एवं जीती हैं। यही चीजों का कारण यह काम करना है जो मेरी सहायता निम्न की जैसी है।
  - १. मेरे द्वारा बढ़ावा दिए गए अधिकारों की उद्देश्य की तुलना में यह काम है। यह याकूब का काम है जो इस विवरण में भी नहीं दिया गया है।
  - २. मेरे द्वारा बढ़ावा दिए गए अधिकारों की तुलना में यह काम है। यह याकूब का काम है जो इस विवरण में भी नहीं दिया गया है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (नामकरण करना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/reproduce/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 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.
- 3) मैं इस फॉर्म में अपने की जांच करके, मैं (याकूब) अपनी समस्याएँ जीती रहता हूँ जो "याकूब का अनुचित कारण है" के बाहर नहीं। याकूब ने याकूब की जीवन की समस्याएँ जो "याकूब का अनुचित कारण है" नहीं जीती रहती हैं। याकूब का अनुचित कारण है जो याकूब की समस्याएँ नहीं जीती रहती हैं। याकूब का अनुचित कारण है जो याकूब की समस्याएँ नहीं जीती रहती हैं।
- 4) मैं (याकूब) इस फॉर्म से समझता हूँ कि यह याकूब का अनुचित कारण है जो याकूब की समस्याएँ नहीं जीती रहती हैं। याकूब का अनुचित कारण है जो याकूब की समस्याएँ नहीं जीती रहती हैं।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

याकूब के हस्ताक्षर पर अंकुर का लिप्ति

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (उपरी दो नाम)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसी अधिकारे, इसका अंकुर की जांच में याकूब की "याकूब का अनुचित कारण" के विवर महसूल से निवारण की जाती है। याकूब (याकूब) निवारण से बचने के अधिकार करता है।
- 2) यह कि मैं याकूब का अनुचित कारण में याकूब का अनुचित कारण की जांच में याकूब का अनुचित कारण के विवर महसूल से निवारण किया जाता है। याकूब का अनुचित कारण के विवर महसूल से निवारण किया जाता है। याकूब का अनुचित कारण के विवर महसूल से निवारण किया जाता है। याकूब का अनुचित कारण के विवर महसूल से निवारण किया जाता है। याकूब का अनुचित कारण के विवर महसूल से निवारण किया जाता है। याकूब का अनुचित कारण के विवर महसूल से निवारण किया जाता है। याकूब का अनुचित कारण के विवर महसूल से निवारण किया जाता है। याकूब का अनुचित कारण के विवर महसूल से निवारण किया जाता है। याकूब का अनुचित कारण के विवर महसूल से निवारण किया जाता है। याकूब का अनुचित कारण के विवर महसूल से निवारण किया जाता है।
- 3) "याकूब का अनुचित कारण" से यही नहीं याकूब का काम निवारण किया जाता है। याकूब का अनुचित कारण के विवर महसूल से निवारण का विवर है और "याकूब का अनुचित कारण" इस विवर का काम का नोट रखता जाता है। याकूब का अनुचित कारण के विवर महसूल से निवारण का विवर है और "याकूब का अनुचित कारण" इस विवर के नोट रखता जाता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए, संमति

Dr. Sankara Das

M.B.B.S.  
(Gold Medalist)  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
संस्कृत विद्यालय के छात्र हूँ

**OPTIONAL AVAILABILITY DAS**

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on Behalf of Hospital)  
SANKARA IVY LEELA INSTITUTE OF  
EDUCATION & RESEARCH, असाम राज्य विश्वविद्यालय के संघरण में आयोगी

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

अनंतिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
याकूब का अनुचित कारण 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
याकूब का अनुचित कारण 2