

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप**

(Healthcare)
स्वास्थ्य सेवा

APPLICATION No.: K/0624/0312

APPLICATION DATE 17/06/21

NAME of APPLICANT: TULSI PORVI

AGE-YEAR: 53 ani

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MINTU PORUI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान स्थायी पाल
DHINGACHAI, KHASBALANDA, NORTH 24

PARGANAS 742125 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - THIS SECTION IS

~~— AS ABOVE —~~

OCCUPATION

MAID

MARRIED (जिवाली) / UNMARRIED (अजिवाली)

TOTAL ANNUAL INCOME
तोला वार्षिक आय

$$1500 \times 12 = 18,000$$

(Attach Proof of Income)

PAN No. २०१० लाल मंडल

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

Page 11

REFERENCES AND NOTES

FAMILY DETAILS परिवार के बारे में				
Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	MULSI PORVI	54	F	SELF
2.	SURAJEN PORVI	29	M	SON
3.	JARAN PORVI	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Easias/Proof
ग्रामीण रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सभा द्वारा संस्थापित हो)	अटल आय चार्ट प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सभा द्वारा संस्थापित हो)	उत्तरीगढ़ा कार्ड (प्रमाण पत्र की सभा द्वारा संस्थापित हो)	अन्य कार्ड लाइस

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

中華人民共和國地圖出版社

Sl. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/केंद्र से जारी की गई प्रतिवेदन तथा अधिकार
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE

DIAGNOSTIC = CATASTROPHE

2. SURGERY = RE (S105 + 10L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

S.R. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVOIDED लो गई सहायता परी

DECLARATION by APPLICANT (check one item)

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 "purposes" 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) ये साधारण स्तर की है कि इस व्यापक में ऐसे जब यही लिखान में वाक्यांशों के अनुचित समय प्रयोग की है। जो नोटे विभाग में साधारण व्यापक जाता है जो यही गलतता विद्या की का लकड़ी है।
 - 2) ये हाँ तो सहायता प्राप्ति "कॉमिशन फाइल्स्ट्रेट्स", में जो यह तरी है। उम्मीद उपर्याह इसी डॉक्यूमेंट की पृष्ठी के नीचे लिखा जाता है जो इस व्यापक में सहायता प्रयोग है।
 - 3) ये पृष्ठी जाता है कि विभाग संवादों में वह अधिकारी को देता है। उस संवाद का अधिकारी के बहुतल लिखा जाता है जो विभाग की तरफ से दिया जाता है जो यही वाक्यांश में भी है।

AGREEMENT by APPLICANT:

11) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicly/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.

4) (1)(Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the purpose for which such assistance is requested/granted, will automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting/making/continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Kogashika Foundation, and their decision in this regard will be final and不可抗力的 in me.

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

मानवीक के अस्तित्व का बदलने का लिए



AGREEMENT by HOSPITAL (PRINT OR SIGN)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kohlika 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अधिकृत, इसकार्य के लिए संघरण/एकी को "कौशिका प्रादर्शन" से विशिष्ट महानक ऐसु विवरणीय को बताते हैं। फिर उन (इनकार्य) जिस प्रकार में भाग्यवान बनते हैं।

१) यह कि न यो विभिन्न और न ही विभिन्न में विशिष्ट लक्षणों किसी ऐसे मानकीय संबोधन का विस्तृत व्यापार में जल्द आये। यहाँमें यो लोग यह क्यों कहते हैं, किसी कि इनमें "कौशिका प्रादर्शन" में विवरणीय-विवरित उक्त के व्यापक में "कौशिका प्रादर्शन" हाथा लगता है। एवं "कौशिका प्रादर्शन" हाथा लगाने विवरित भौतिक्यकालमें ऐसु चम्पार यो किसा जाता है तो अन्यान्य किसी उक्त यो मानकीय संबोधन का विस्तृत अन्य संबोधन में सहजता से को कौशिका मुखित रहता है। इस प्रकार यो जल्द बहुत जाता है कि अन्यान्य हिस्तीय व्यापक उक्त विवरणीय कालमें लोग विस्तृत गतिकरण यो किसी अन्य संबोधन के जौही मिहानांगें।

“कालिकापालवन्देश” से एवं गर्व साधारण बोलने विविध प्रश्नमिती भी है। ऐसी या हमेशाह द्वारा दी गई जाहाज का नाम जो इमारापुर्किंग का कुलपति था उस अन्यतर वे हीरे का विवर है और “कालिकापालवन्देश” द्वारा विवरी प्रस्तुत या कोई व्याख्या नहीं है। इसलिये हमेशाह में गोपी के द्वारा जाहाज और जाहाज करने वाली विवरणों से एवं एक “कालिका” वाली भविष्यत या विवरणों तक सम्बन्ध में जुड़ी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
समीक्षित के लिये संतुष्टि

Date of Surgery

Dr. Silvana Doss

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

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

OPTION A/C TO DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
SANKALP HOSPITAL

SANKARANARAYANA

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इकाई ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Sfargel

See Note