

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता के लिए आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)	Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या	K/0624/0336	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	21/06/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	NIRMALA PRATAPATI	AGE-YEARS: वय-वर्ष	SEX: लिंग 57 F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/करुणा का नाम	MOHAN PANDIT			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान बसायी जगह		30/1 HARISH NEOGI ROAD, ULTADANGA MAIN ROAD, KOLKATA 700067 WEST BENGAL		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्थान: अवश्यक जगह				
— AS ABOVE —				
OCCUPATION: जबरदस्ती	HOUSE WIFE	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक व्यय	4000 x 12 = 48,000/-	(Attach Proof of Income) (व्यय का साक्ष लेखन)		
PAN No. व्यापारी संख्या संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): आप ज्ञात व्यय कर रहा है (जो भाव्य हो उस पर महीने लगायें)		Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/>		
FAMILY DETAILS परिवार के बारे में				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के सम्बन्ध
1.	NIRMALA PRATAPATI	53	F	SELF
2.	SALINDA V PRATAPATI	23	M	HUSBAND
3.	SUMITA PRATAPATI	31	M	SON
4.	PRATAPATI PRATAPATI	28	M	SON
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवरण लिखें				
BPL Card (Attach Card/Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रधान व्यय (प्रधान व्यय को लेकर की जानकारी लेना चाहिए)	EWS Certificate (Attach Certificate/Copy) व्यापारी व्यय की ज्ञान वाले व्यय की सहायता की (प्रधान व्यय को लागू की जानकारी लेना चाहिए)	Ration Card (Attach Copy) जागीरदारी की व्यवस्था की सहायता की (प्रधान व्यय की व्यवस्था की सहायता की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता के लिए विवरण लिखें का इन्डिकेटर:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आप्यायिक/डायग्नोस्टिक से जुड़ी की वार्ता ज्ञानेवाले द्वारा भेजें			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी स्तर तक न दिलायी जाए?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य साक्ष वार्ता वार्ता	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता रकम		

DECLARATION by APPLICANT: जावेद का चाहा न्ह:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statements 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.
- 4) मैं प्रत्यक्ष बताता हूँ कि इस आवाद में दिये गए सभी विवरणों की जावेद का अनुसर सच्च नहीं होती है। यदि यहाँ लिखा गया बाबा जावेद का बताता है तो उसी जावेद का बताता है।
- 5) मैं द्वारा जो मानवाना नाम "कोशिका फाउंडेशन", वो भी नहीं है। उम्मीद उपरोक्त उल्लेख वाले विवरण की पूरी की जावेद का विवर नहीं है। एक जावेद का विवर नहीं है।
- 6) मैं सुन्दर बताता हूँ कि इस आवाद के द्वारा कोई वापसी नहीं है, जब यहाँ का जावेद का विवर विवर द्वारा जावेद का विवर समझा जावेद का विवर है। यहाँ का विवर जावेद का विवर है।

AGREEMENT by APPLICANT (जावेद का चाहा)

- 1) 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 sum of 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/entitling/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) यह चाहा मे आवाद आवेदन के बीच की जावेद का विवर, वे (जावेद) अपनी जावेद की पूरी जावेद है जो "कोशिका फाउंडेशन और जावेद जावेदों" के अधिकृत जावेद है जिसे यहाँ दिया गया विवर है, जो "कोशिका" एवं नामों, एवं, जावेद का दूसरे जावेद वाले जावेद के अधिकृत जावेद है। यही प्रत्यक्ष का विवर मे इसका को जावेद का विवर दिया गया जावेद मे जावेद है।
- 4) मैं (जावेद) इस बाबा मे सहायता हूँ जो यहाँ जावेद का विवर जो यहाँ जावेद का विवर है जावेद है जो यहाँ जावेद का विवर है। इस जावेद का विवर जावेद का विवर है। इस जावेद का विवर है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

=हाथ के आवाद का अंगूठे का विवर



AGREEMENT by HOSPITAL (इन्हाम का चाहा)

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 account sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and hence, the Hospital will have no role or responsibility in the matter.

इसके अधिकारी, इन्हाम की ओर से यापन-उत्तरी की "कोशिका फाउंडेशन" के विवर जावेद के विवर को नहीं है। जिसे यह इन्हाम से यापन के लिया जाता है।

- 1) यह कि मेरे जावेद और वे ही अधिकारी मे विवर सहायता दिया गया जावेद की सेवाएं यह विवर की जावेद से तक अपेक्षाकारी मे जावेद जावेद है, जो यहाँ जावेद "कोशिका फाउंडेशन" के विवर की जावेद के विवर है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जावेद विवर यापन-उत्तरी द्वारा नहीं दिया जाता है तो अन्यान्य जावेद की जावेद की विवर है। इस पृष्ठे मे यापन का विवर है जो अन्यान्य जावेद की जावेद की विवर है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" मे जो गई जावेद की जावेद विवर प्रकृति भी है। दोषी का जावेद द्वारा यह गई जावेद का विवर यापन का विवर है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया जावेद का जोड़े जावेद होती है। इसकी इसका मे यापन के द्वारा यापन की जावेद जावेद की विवर है। इस विवर मे यापन की जावेद जावेद की विवर है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए चंभुति

Dr. Sankar Das

M.B.B.S.

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
जावेद का जावेद का विवर का दर्शक नं.

OPTIONAL ATTACHED DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
SANKAR DAS (जावेद का जावेद का विवर का दर्शक नं.)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

जावेद का जावेद का विवर

SIGNATURE of TRUSTEE 1

जावेद का जावेद का विवर

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जावेद का जावेद का विवर