

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता देते आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	W/1124/1195	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	SHIVANI DOLVI	AGE-YEARS आयु-वर्ष
	51	SEX लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कानूनी का नाम	MANI DOLVI	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता		
BANIBAN TADA DISHPUR DOLOPUR, NALICKPUR DISHPUR ULUBARRIA HOWRAH 711316 WEST BENGAL		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता		
— At Above —		



 Koshika  
foundation  
Building block of life

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

## (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: W/1124/11-95  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 05/11/24

NAME of APPLICANT: SHIVANI DOLVI  
अप्लिकेंट का नाम

AGE-YEARS ३५-वरीं  
SEX लिंग

**FATHER'S/SPOUSE'S NAME:** MANTU DOLUT  
पिता/कानूनी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: गोदावरी बाजार, पुणे

**BANIAH TADA DISHPUR DOLPUR, MALLUKPUR  
RATPUR ULUBARIA HOWRAH 711316  
WEST BENGAL**

**PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :** स्थान अस्थानांक पता

Digitized by srujanika@gmail.com

**OCCUPATION:**

Cook

MARRIED (मिश्रित) / UNMARRIED (अविवाहित)

**TOTAL ANNUAL INCOME**

ANSWER

(Attach Proof of Income)

Digitized by srujanika@gmail.com

**ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):**

Yes / No

61 / 461

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof जिस कोई साक्षा
गवर्नमेंट रेलवे के बोर्डे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताप प्रति संलग्न करो)	उत्तर आवार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताप प्रति संलग्न करो)	उत्तर आवार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की ताप प्रति संलग्न करो)	

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

महामता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्यः

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पाताल/हॉस्पिट से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIA ANALYSIS — CAVAFRACT — RE
2.	SURGERY — RS — ST CSE TDI

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVOIDED ली गई सहायता रकम

**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा घोषणा प्रवाह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण में सचेतनता के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण ऐसा कहने असम्भव चलता है तो मेरी सचेतनता निष्ठा की बात सही है।
  - 2) मैं द्वारा कोई सामग्री या "कोशिका फाउंडेशन", से लौटा जा रही है, उसका उपयोग उसके उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जावेंगे, जो इस प्राप्ति में परा नहीं है।
  - 3) मैं दृष्टि करता हूँ कि यह विवरण द्वारा यह प्राप्ति की गई है, उस यात्रा का अधिकार या सकल विवरण किसी अन्य घोषितनियोजितसंस्था कामनी से न हो सकता है और न ही घोषणा में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 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 प्रति पर अपनी सामग्री या अधिकार को आप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति को दृष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके नामांकनों को अधिकृत करता हूँ कि नेहा नाम, पता, फोटो और यों विवरण इस प्रति में दर्शाया है, उसे "कोशिका" एवं नामांकन, दान, सामग्री/या दूसरे उद्देश्य से नुकी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार वापरम् से व्यक्ति व्यक्ति करने के लिए अधिकृत है। यदि इसका कोई विवरण या वापर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न हो सकती अधिकृत है।
  - 2) मैं (अवेदक) इस बात में सहमति हूँ कि मेरा जन्म, जन्म, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्राप्ति है पूँछ भरत; याहाँका या इसका नहीं बनता। इस सामग्री में "कोशिका" एवं उसके नामांकनों का विवरण अंतिम और वापरकारी होगा।

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

व्यक्तिगत को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (इस्तमात्र द्वारा 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 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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सामग्री/ऐंगूठ को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता देने सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्तमात्र) विन प्रकार से माना न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भवितव्य में विविध सहायता किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐंगूठ/सामग्री में लेंगे या तो रहेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विकारान्ति उक्त उक्त को सामग्री में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दानात्मक विनाशि अंशिक/सकारा होने की अपीक्षा नहीं की जाता है तो अस्तमात्र किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता होने का अपीक्षा नहीं की जाता है। इस पूँछ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्तमात्र द्वितीय भरत, उक्त ऐंगूठ/सामग्री होने की अपीक्षा नहीं की जाती है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" ने नीं गई सहायता कोन्वेन्ट विविध प्रकृति की है। उक्ते पर इसका द्वारा ही गई सहायता पर किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनौती ऐंगूठ एवं स्वीकार की ओर का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियी प्रकार का कोई वर्णन नहीं है। इसलिए इस्तमात्र में ऐंगूठ के इसका सुझाव और अपने जोने की स्थीर विवरणों ऐंगूठ एवं इस्तमात्र की होनी और "कोशिका" की कार्य पूर्वान्तर या विनाशकीय इस सामग्री में जहाँ होनी।

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

Date of Surgery अंगूठान की तारीख <i>05/01/2024</i>	<b>D. Shashi Das</b> Director (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) <i>M.B.B.S (Lokmanya Tilak Memorial)</i> हास्पित के नाम ता. डॉ. शशी दास, डॉ.	<b>OPTIONAL</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर. उपलब्धता अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अनानंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम से हस्ताक्षर 1 <i>Safayal</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम से हस्ताक्षर 2 <i>Sir E</i>
--	--