

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: M/1122/0423
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 01/11/22
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: SAGARIKA MUKHERJEE
अर्श्वेक का नामAGE-YEARS मासु-वर्ष 67
SEX लिंग FFATHER'S/SPOUSE'S NAME: MRITUNJAY MUKHERJEE
पिता/कटुष्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

STATION ROAD, MORSHIDABAD - 742149, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्याई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SAGARIKA MUKHERJEE	67	F	SELF
2.	MRITUNJAY MUKHERJEE	81	M	HUSBAND
3.	MONI BAL A MUKHERJEE	45	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुद्धी संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता राशी

CSRP 04

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 सोचता हूँ कि इस प्रकाश में बिने गये अभी विचारण मेरी जानकारी को अनुसार साथ एवं सही है। यदि कर्तु विचारण एवं कथन सत्य माना जाता है तो मेरे महापति निरस्त की जा सकती है।

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 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.

- 1.) इस प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या लेख की साथ लगाकर, मैं (अर्थात्क) अपनी संस्था की मुद्रा लगाऊँ एवं "सोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिये हैं, उन्हें "सोशिका" द्वारा न्यासी, गान, साक्षात्कार, दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और प्रसंगिकताओं के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का विवरण जो इसका को पढ़ने या बच में करने के लिए "सोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2.) मैं (अर्थात्क) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "सोशिका" द्वारा उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आविष्कार के हस्ताक्षर या ओपरी का स्थान

Задарика Мухоморова

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.

इसमें अधिकतम इन्द्राक्षी को जल से नालमलेरणी को "अक्षिणी" कहा जाता है। जिसमें इस (इन्द्राक्षी) निम्न प्रकार से नाल व नवीकार करते हैं।

- 1) यह कि = तो वर्तमान और न ही स्थिति में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य प्रांत से उदा. रोगी/घराने में लगे या ले जा है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से विपदाग्रस्त/विपत्ति उदा. के साधन में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपत्ति आश्रित/कलकल हेतु मन्तु नही किया जाता है तो अत्यंत किन्हीं अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असाधारण द्वितीय मदर उदा. रोगी/घराने हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेना/लेनी।

2. "अशिक्षा काटनेशन" से तो यह कहाजा संभव किया प्रकृति की है। लोग एह इम्यूनल डरा तो यह जलक का किये गये डरघा/पशुधक का मुकाबला एह इम्यूनल से बचक का विषय है और "अशिक्षा काटनेशन" डुरा किसे डकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इम्यूनल में लोग के डलक मुका और आने जाने को सारी जिम्मेदारी लोग एह इम्यूनल को लोग और "अशिक्षा" को कोई भविका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

संश्लेषण के लिए संयुक्ति

Date of Surgery
अपमेशन की तारीख

01/11/22

Dr. Shiksha Das

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

आचार्य श्री गुरुदेव महाराज की आज्ञा के अनुसार

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital)

उत्पादक अथवा आयातक अधिकारी

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्यापी हस्तक्षेप ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासौ इत्युक्ताः ॥

10.03.2022