

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/0518/0226

APPLICATION DATE: 08/05/18

NAME of APPLICANT: MANJU DEVI

AGE-YEARS 45 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BAKE BIHARI VERMA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

22/A, MARTIN PARA, VTF NAGAR,
KOLKATA 700100, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

AS ABOVE

OCCUPATION:

LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME:

RS. 1200 x 12 = 14,400/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No.

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

Yes/No
हाँ/नहीं

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	MANJU DEVI	45	F	SELF
2.	SAHSH PRASAD BARMAN	55	M	HUSBAND
3.	BIKASH BARMAN	20	M	SON
4.	NEHA BARMAN	18	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता 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.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डायग्नोसिस सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CANCER - RE
2.	SURGERY - RE (STOMACH)

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

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस सहायता का राशि

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 यहाँ पर कबल ई कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो येरी प्रमाणपत्र निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इससे जो सहायता एतिस "कीटिका फाउन्डेशन", से ले जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण पत्र में शरत पाया है।

3) मैं यहाँ पर कबल ई कि किस सहायता हेतु यह प्रमाणपत्र को पाई है, उस एतिस का अतिरिक्त या समकल हिसाब किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 to 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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की साज साफ़ कर, यै (आवश्यक) अपनी साक्ष्यी की छुट्टि कराज हूँ एवं "कौशिका काउन्सिल और उसके न्यायोच" को अधिकृत कराज हूँ कि मेरा नाम, पता, मोबाई और वेबसाइट इस प्रश्न में धोखी है, उसे "कौशिका" एनए न्यायो, एन, एनएनएन के द्वारा उद्घरण में खुली साक्ष्यीयता और उपस्थिति के तिरने बिना से प्रसारित साक्ष्य से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पता के साथ मेरे करने के लिए "कौशिका काउन्सिल" व न्यायो अधिकृत है।

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 is a binding, irrevocable statement that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

इसके अतिरिक्त, हमेशा की ओर से सार्वजनिक को "कोविड काउन्सिल" से विधिक सहायता हेतु संपर्कित की जाती है, जिसे हम (हमेशा) निम्न प्रकार से सत्य व स्पष्टता बताते हैं।

2. "कोशिका चन्द्रदेश" से ही यह सामान्य कोशल विधि प्रकृति की है। ऐसी या इनप्रकार द्वारा ही यह ज्ञात या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इनप्रकार के बीच का विचार है और "कोशिका चन्द्रदेश" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीलिए इनप्रकार में ऐसी के द्वारा चुना और अपने जाने की सही विधि/ऐसी ऐसी एवं इनप्रकार की होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या विधि/ऐसी इस मामले में नहीं होती।

Shib Sanku Bagchi
Director
Sri Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
काय व पर इम्तलन अधिपति अधिकारी

12

ज्यासो इलाख २