

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

X/0519/0306

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09.05.18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ARUNA SARDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

73

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

HARICHARAN SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

METIAKHALI, NYAZAT, HATAKOLA, SANDESHKHALI,
NORTH 24 PARGANAS - 743442,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी 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 निशान 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 संबंध
1.	ARUNA SARDAR	73	F	SELF
2.	GINA SARDAR	49	M	SON
3.	BHOLA SARDAR	45	M	SON
4.	KRISHNA SARDAR	42	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि आधार

SPL 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 निती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगमाला/दवाइयों से जुड़ी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (STCS + IOL)

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक डूग धीरुग गः)

- 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 धीरुग कऱऱ हूँ कि डूग डूगऱ गे दिने गऱे सऱी विषय गेरी कऱऱरी के अडूगऱ सऱ सऱी है। यरी कऱई विषय सऱ कऱन अडूगऱ सऱ, यऱ है से गेरी सऱऱऱऱ विषय कऱ अ सऱरी है।
- 2) मैं डूग के सऱऱऱऱ डूग "कऱशिका फऱउन्डेशन", से सऱी कऱ सऱी है, डूगऱ डूगऱऱ डूग डूगऱऱ की डूगऱ के दिने विषय अडूगऱ, के डूग डूगऱ गे यऱ गऱा है।
- 3) मैं डूग कऱऱ हूँ कि मैं सऱऱऱऱ डूग यऱ डूगऱऱ की गऱ है, डूग सऱी कऱ अडूगऱ कऱ सऱऱऱ विषय कऱरी अडूग डूगऱ/डूगऱऱ/डूगऱऱ कऱऱरी के न डूग विषय है और न डूग धीरुग गे डूगऱ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक डूग कऱऱ)

- 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) डूग डूगऱ कऱ अडूगऱ सऱऱऱऱ कऱ अडूगऱ की डूग सऱऱऱऱ, मैं (अर्शेक) अडूगऱ सऱऱऱऱ की डूग कऱऱ हूँ सऱ "कऱशिका फऱउन्डेशन और डूगऱऱ गऱऱऱऱ" कऱ अडूगऱ कऱऱ हूँ कि गेग यऱ, यऱ, फऱटे और के विषय डूग डूगऱ गे धीरुग है, डूग "कऱशिका" सऱऱऱऱ, कऱ, कऱऱऱऱ डूग डूगऱऱ से डूगऱ यऱऱऱऱऱऱ और डूगऱऱऱऱऱ के दिने दिखऱ के डूगऱ यऱऱऱऱ से डूगऱऱऱ कऱऱ के दिने अडूगऱ है। गे डूगऱ कऱ विषय गे डूगऱ के यऱले कऱ यऱ गे कऱऱ के दिने "कऱशिका फऱउन्डेशन" कऱ अडूगऱ अडूगऱ है।
- 2) मैं (अर्शेक) डूग कऱ से सऱऱऱऱ हूँ कि गेग यऱ, यऱ, फऱटे और विषय के कि सऱऱऱऱ के डूगऱऱऱ से डूगऱऱ है डूगऱ सऱऱऱ कऱ डूगऱऱ कऱ कऱऱऱ डूग सऱऱऱऱ डूग सऱऱऱऱ गे "कऱशिका" सऱऱऱ डूगऱऱ गऱऱऱऱ कऱ दिनेगऱ अडूगऱ और कऱऱऱऱऱ डूगऱ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के डूगऱऱ कऱ अडूगऱ कऱ विषय

**AGREEMENT by HOSPITAL (डूगऱऱऱ डूग कऱऱ)**

- 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.
- डूगऱ अडूगऱ, डूगऱऱऱ की और से यऱऱऱऱऱऱऱ के "कऱशिका फऱउन्डेशन" से धीरुग सऱऱऱऱ डूग विषयऱऱ की यऱरी है, दिखऱ डूग (डूगऱऱऱ) दिने डूगऱ से यऱऱ कऱ अडूगऱ कऱऱ है।
- 1) यऱ कि न डूग यऱऱऱऱ और न डूग धीरुग गे धीरुग सऱऱऱऱ कऱरी गे सऱऱऱऱ सऱऱऱऱ कऱ कऱरी अडूग सऱरी से डूग डूगऱऱऱऱऱऱ गे डूगऱ कऱ न डूग है। डूग कि डूगऱ "कऱशिका फऱउन्डेशन" से विषयऱऱऱऱऱऱ डूग के सऱऱऱऱ गे "कऱशिका फऱउन्डेशन" डूग यऱऱ डूग कि है। यरी "कऱशिका फऱउन्डेशन" डूग सऱऱऱऱ कऱरी अडूगऱऱऱऱऱ डूग यऱऱऱ यऱरी कि कऱ है डूग डूगऱऱऱऱ कऱरी अडूग गे सऱऱऱऱ सऱऱऱऱ से कऱरी अडूग सऱऱऱऱ से सऱऱऱऱ लेने कऱ अडूगऱऱ सुऱऱऱ सऱऱऱ है। डूग डूगऱ गे सऱऱऱ कऱऱ कऱऱ है कि अडूगऱऱ डूगऱऱ यऱऱ डूग डूगऱऱऱऱऱ डूग कऱरी गे सऱऱऱऱ सऱऱऱऱ कऱ कऱरी अडूग सऱऱऱ से यऱरी लेने/लेने।
- 2) "कऱशिका फऱउन्डेशन" से लेने यऱ सऱऱऱऱ कऱऱऱ धीरुग डूगऱऱ की है। डूगऱ कऱ डूगऱऱऱ डूग डूगऱ सऱऱऱ कऱ दिने गेग डूगऱऱऱऱऱऱ कऱ डूगऱऱ डूगऱ सऱऱऱऱ के डूगऱ कऱ विषय है और "कऱशिका फऱउन्डेशन" डूग कऱरी डूगऱऱ कऱ कऱई डूगऱऱ यऱरी है। डूगऱऱऱ डूगऱऱऱ गे डूगऱ के डूगऱऱ डूगऱऱ और यऱऱ यऱऱ के यऱरी विषयऱऱऱ डूगऱ सऱऱऱऱऱ डूगऱ डूगऱऱ और "कऱशिका" की कऱई डूगऱऱऱ कऱ विषयऱऱऱ डूग सऱऱऱऱ गे यऱरी डूगऱऱ।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संयुति (संयुति/निरसऱ कऱ विषय सऱऱऱऱ)

ACCEPTANCE
संयुति

REJECTION
संयुति

Date of Surgery
अडूगऱऱ की सऱऱऱ

09/05/18

Dr. Arindam Deb
MRD, FRCS
Regn. No. - 58096

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डूगऱऱ कऱ यऱ डूगऱऱऱ कऱ डूगऱ, डूग

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
डूग कऱ यऱ डूगऱऱऱ अडूगऱऱ अडूगऱऱ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अडूगऱऱ डूगऱऱ डूग

SANCTIONED संयुति	REJECTED संयुति	SIGNATURE of TRUSTEE 1 यऱरी डूगऱऱऱ 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 यऱरी डूगऱऱऱ 2