

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0518/0318

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/05/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

REKHA CHAKRABORTY

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

SANTOSH CHAKRABORTY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MUKHERJEE PARA, MADRAI, GHATPARA
NORTH 24 PARGANAS, 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 आय संकेत

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन सहाय्य)

Yes / No

हाँ / 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	REKHA CHAKRABORTY	65	F	SELF
2	SUBRATA CHAKRABORTY	40	M	SON
3	GITA CHAKRABORTY	37	F	DAUGHTER
4	RITA CHAKRABORTY	35	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एएस सीएस सी 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 सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SR 8 + 10L)

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 ली गई सहायता 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 यह ही कह रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता मिलान की जा सकती है।

2) मैं इससे यहाँ पर सहायता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में बताया गया है।

3) मैं यहाँ पर कबल यह ही कह रहा हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्यक्ष की या नहीं, उस राशि का अधिक या समकल हिस्सा किसी अन्य प्रायः/नियोक्ता/बिमा 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 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न का उत्तर इसप्रकार या अंग्रेजी की भाषा में देना है, कि (अर्थात्) अपनी सहायता की पुष्टि करना है एवं "कोशिका पाठ्यक्रम और उसके न्यायोचित" का अधिकृत करना है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विभाग इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोचित, दान, वापसप्राप्ति द्वारा उद्देश्य से सुखी प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विभाग मेरे हस्तक्षेप के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका पाठ्यक्रम" व न्यायोचित अधिकृत है।

2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विभाग जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोचित का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अमेरिका के इलाका या अंग्रेजी का निवास



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.

1) यह कि न तो 'कोशिका और' न ही 'प्रतिष्ठा' में किसी साधारण किसी नैर साक्ष्यी संस्था का किसी अन्य समीक्षे से उच्च ऐंटी-प्रकारों में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका प्रारंभिक" से विचारित/विशेषित उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका प्रारंभिक" द्वारा प्रारंभ होना कि है। यदि "कोशिका प्रारंभिक" द्वारा साधारण विधि अतिरिक्त/अन्य होना प्रारंभ नहीं किया जाता है तो अत्यन्त किसी अन्य नैर साक्ष्यी संस्था का किसी अन्य समानांतर से साधारण लेने का अधिकार प्रमाणित करता है। इस प्रमाण में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्त द्वितीय प्रारंभ उच्च ऐंटी-प्रकारों में होना किसी नैर साक्ष्यी संस्था का किसी अन्य साधारण से नहीं लेना/लेना।

[illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगावे)

REFLECTION

10.05.18

Dr. Arindam Deb
MD, DO, FRCS
Reg. No. 58098
Sri Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
आर्य समाज के द्वारा प्रेषित है।

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद इत्यादि अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ज्ञानवैदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इन्द्रधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
व्याप्ती हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
सन्तुष्ट

REJECTED
कमन्बुर

12/20/20

न्याय हातावर 2