

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0518/0042 APPLICATION DATE: 11.05.18
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: RADHARANI PARUI AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 63 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KANAT PARUI
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: D/S PARA, BEKACHANPA 3, DEBANGA, NORTH 24 PARGANAS, 743924, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: D/S ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

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

PAN No. स्पष्ट छात्रा 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 सम्बंध
1	RADHARANI PARUI	63	F	MOTHER
2	PARUL PARUI	34	F	DAUGHTER
3	DULI PARUI	36	F	DAUGHTER
4	SANDHYA PARUI	30	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 कला प्रत संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कला प्रत संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कला प्रत संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT (R)
2	SURGERY - R (SUCCESSION)

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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: अभिनेता द्वारा घोषणा है:

- 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 कतार है कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार है कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, उन एवम् या कोशिका या समस्त विस्तार किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING TO WIN)

- 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 by 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्त है, उसे "कॉशिका" एनएम न्यायीयों, एन. राघवराज द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए बिना मेरे द्वारा सम्मन से प्रशस्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्षों या पक्षों में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोक्त है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एनएम न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को इतना प्यार था कि उसे का निरास



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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.

इसके अतिरिक्त, इलाहाबादी की ओर से चलाये गये की "कोशिका चरचरो" से विविध सहायता लेने सिफारिश की गयी है, जिसे हम (इलाहाबादी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सार्वजनिक और न ही परिवार में विविध साक्षरता किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य स्वीत से उच्च होती/प्राप्तों में होने या हो गई है, बरों कि इनने "कोशिका पाठ्यक्रम" से विचारित/विशेष उच्च के सम्बंध में "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा ज्ञात हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा साक्षरता विधि अतिरिक्त/सकल हेतु प्रमाण नहीं किम ज्ञात है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य समस्थान से साक्षरता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उच्च होती/प्राप्तों हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका पाठ्यक्रम" से ती-याँ साक्षरता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी या हमपातल द्वारा ही याँ साक्षर या किने गये उपचार/प्रक्रिया का प्रमाण ऐसी एवं हमपातल के बीच का विषय है और "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा किसी प्रकार का कोई रहस्य नहीं है। इसलिए हमपातल में ऐसी के द्वारा प्रत्यक्ष और अपने जाने की सही ज़िम्मेदारी ऐसी एवं हमपातल की होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या ज़िम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्कृति (स्वीकार/निर्मूल का निशान लगाये)

ACCEPTANCE

५५५

REJECTION

1998

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

112

11/05/18

Dr. Arindam Deb
MBBS, DCO, FRCS
Reg. No. - 58086
Sri Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Sankar
Sankar Bagchi
Director
Sankar Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद इत्यादयः अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इन्द्रधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इत्यादि २

SANCTIONED

प्राप्त

REJECTED

1997

1290

20