

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0518/0346

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12.05.18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

RANJAN SARKER

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

UPENDRANATH SARKER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PART NO - 80, HAROA, NORTH 24 PARGANAS,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED.

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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	RANJAN SARKER	68	M	SELF
2	KAMAL SARKER	61	F	WIFE
3	PALAS SARKER	38	M	SON
4	PRASENITI SARKER	34	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति 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 किसे नये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT (R.E)
2	SURGERY - R.E (SICL 201)

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 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 क़ातल है कि इस प्रक़रण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं क़थन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं क़ातल हूँ कि सहायता यदि "क़ोशिका फ़ाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रक़रण में कहा गया है।

3) मैं यहाँ पर क़ातल हूँ कि मैं इस सहायता से न तो अपने क़ातल के अलावा किसी अन्य स्रोत/रोज़गार/बीमा क़ंपनी से न तो रिफ़ंड है और न ही भविष्य में लूंगा।

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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्क) अपनी रायों की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कारागारों और उसके ग्वालीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और को विभाग इस प्रश्न में अधिष्ठित है, उसे "कोशिका" एन्क् ग्वाली, राग, लक्षकण्य दृष्टो जर्देन से जुड़ी पालिधियों और उपलब्धियों के तिरने किसी से प्रसार भरण से प्रसारित करने के लिए अधिष्ठित है। मैं प्रश्न का विभाग में प्रसार के पत्रों या कार्ड से करने के लिए "कोशिका कारागारों" व ग्वाली अधिभूत है।

आपरेक बे इलाका या अंगुठी का निगल



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~~ *confirmation* ~~statement~~ *statement* states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

बम्बे अधिकांक इकायती की ओर से आवाजोवाली की "अंगिका आवाजोवाली" से धिनि आवाजोवाली हो सिपाकरी की जाती है, जिसे हय (हयवाक) निम प्रकार से पाय व अवाक करो है।

2. "कॉलिका फायन्डेशन" से लेई गई साक्ष्य कोल विधि प्रकृति की है। ऐसी या सम्पत्ति द्वारा दी गई साक्ष्य या किने गये वस्तु/प्रक्रिया का पुराना ऐसी एवं सम्पत्ति से बीच का विषय है और "कॉलिका फायन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायज नहीं है। इसलिए सम्पत्ति में ऐसी से प्राप्त मुआवज़ और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं सम्पत्ति की होती और "कॉलिका" को कोई भुविदा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE पसन्द	REJECTION रिक्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/05/18	 Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No.-58096 Sreea Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व एडि. नं.	 Dr. Anil Kumar Bagchi Director Sreea Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व अधिकृत अधिकारी	

SANCTIONED सम्मत	REJECTED असम्मत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2