

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: K/0618/0446
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 04.06.18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: ASHALATA BHAKTA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

73

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

GOPAL BHAKTA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DHARMAPURIA, NORTH 24 PARGANAS,
743255, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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 पayer 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.	ASHALATA BHAKTA	73	F	SELF
2.	GOPAL BHAKTA	70	M	HUSBAND
3.	BHABATOSH BHAKTA	49	M	SON
4.	KARTIK BHAKTA	44	M	SON
5.	NARAN BHAKTA	40	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 गये विनती का उद्देश्य:

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

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 सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: JONAS DE WITTE VR

- 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 बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मेरी प्रार्थना के माध्यम से प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या प्रत्यर्पण की नहीं हूँ, उस पर या अधिक या समान विषय किसी अन्य प्रोत्तन/निरोधकारी कम्पनी से न ली गया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (addrow 000 4000)

- 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.
- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इच्छा का जवाब दे कर उत्तर लिखकर, मैं (अर्क्षक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दूर, साधक/या दूसरे उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार साधक से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पक्षों या कारों के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्क्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साहाय्य के उद्देश्य से प्रोक्त है मुझे स्वतः साहाय्य का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: _____

अमेरिका में इस्लाम का संघर्ष का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (HAFSAH DOK HOK)

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:

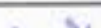
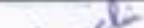
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

हमारे अधिकांश छात्रावली को और से सम्पर्कप्रेमी को "कोशिका परामर्श" से विनियमित किया है। मिश्रित भी जारी है, जिसे हम (हमसे) विनियमित से अपने व अन्तर्गत करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विधिवि सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य शरीर से उक्त ऐंटी-पासल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कॉलिका फाउन्डेशन" से विपरीत/विपरीत उक्त के सम्मेलन में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिवि अधिकाधिकार हेतु मनुष्य की विधि ज्ञात है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विधिवि मदद उक्त ऐंटी-पासल हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं ले-लेगी।
2. "कॉलिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल विधिवि प्रकृति की है। ऐंटी या इस्पताल द्वारा ही यह सहायता या विधि एवं उपचार/प्रक्रिया का प्रसार ऐंटी एवं इस्पताल के बीच का विधि है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये इस्पताल में ऐंटी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सटी विधि/ऐंटी ऐंटी एवं इस्पताल की ऐंटी और "कॉलिका" की कोई विधि या विधि/ऐंटी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अतिरिक्त की तारीख 04.06.18	 Arindam Deb MBS, DO, FRCS No. 58096 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डाक्टर डी प्रेमचंद प्रसाद, एम.बी.एस., एम.डी., एफ.एस.सी. प्रेमचंद प्रसाद अस्पताल, बरेilly	 Sanjay Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. स. ए. प्रसाद अस्पताल, बरेilly
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इस्तफर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इस्तफर 2 	