

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building blocks of life.

APPLICATION No.: K10618/0488

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 08/06/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: PADMA SAHA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHAMBHU SAHA

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

12/10 JORA BASHA HATTA LANE, BALEY, HOWRAH, 711 01, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No

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

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 सम्बन्ध
1.	PADMA SAHA	55	F	SELF
2.	SHAMBHU SAHA	63	M	HUSBAND
3.	SAMIR SAHA	37	M	SON
4.	SOMA SAHA	28	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गले किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT
2.	SURGERY - LE (SIC 87101)

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 उसी गले 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) ये धोषण बताते हैं कि इस प्रक्रम में दिने एवं रात्री विभाग में जलकारी को अनुमति प्राप्त एवं होती है। यदि कोई विभाग एवं काम आगम प्राप्त जाता है तो में सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) ये धृष्ट को जलगत राशि "कोशिका काउन्टिंग", से तो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में प्राप्त होता है।
- 3) ये धृष्ट बताते हैं कि बिना सावधानी से यह प्रयोग की जा रही है, उस राशि का गणितीय या भौतिक विमल विमल किसी अन्य कोशिका/निलोबक/वीथ का प्रयोग से न तो किया है और न ही अधिक में होता।

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) इस प्रश्न पर अपने इलाक़ा या ज़ोने की तीन समस्याएँ, यै (अवरोधक) अपनी समस्या की मुद्रा बनाते हैं एवं "कोशिका फ़ार्मेशन और उसकी ग्लोबी" को अधिकृत कराते हैं कि ये वेग, पल, फोटे और जो विचार इस प्रश्न में संश्लिष्ट हैं, उसे "कोशिका" एवम् ग्लोबी, एन, सम्बन्धन द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे बिना भी प्रसार सम्भव हो प्रतीत करने में सक्षम अधिकृत है। यै प्रश्न का विचार यै इलाक़ा में पाले या बल से करने में सक्षम "कोशिका फ़ार्मेशन" व ग्लोबी अधिकृत है।

संवेदन के प्रकार का संज्ञा का विवरण



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिवक्ता, इलाहाबादी की ओर से गायन/रागी को "कोलिका फाउन्डेशन" से बिलियन अलापल हेतु नियुक्ति की जाती है, जिसे हम (इलाहाबादी) विभिन्न प्रकार से गाने व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो सर्वजन और न ही सीमित में विहित साक्ष्य किसी एक साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य स्तर से उक्त ऐंटी-मॉन्टो में लेने या ले रहा है, जैसे कि इनमें "बोलिका फायरिंग" से निवारित/बिना उक्त में सम्मिलन में "बोलिका फायरिंग" द्वारा मर रहे हैं। यदि "बोलिका फायरिंग" द्वारा साक्ष्य विधि अतिरिक्त/समस्त हेतु मरना नहीं किया जाता है तो अगला किसी अन्य एक साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य सम्मिलन से साक्ष्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला द्वितीय मर उक्त ऐंटी-मॉन्टो हेतु किसी एक साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य सम्मिलन से नहीं लेना/लेती।
2. "बोलिका फायरिंग" में तो नई साक्ष्य संस्था विहित प्रकृति की है। ऐंटी या इसका द्वारा ही नई साक्ष्य या बिने गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य ऐंटी एवं इसका को बीच का बिन्दु है और "बोलिका फायरिंग" द्वारा किसी उक्त का कोई पक्ष नहीं है। इसलिये इसका में ऐंटी को इसका मुख्य और जाने जाने की सारी विधेदारी ऐंटी एवं इसका की होती और "बोलिका" की कोई भीका या विधेदारी इस मामले में नहीं होती।

संजीवनी के लिए संसुति

अभिप्रेक्षण की तरीक़ा

05/06/18

Dr. Alok Agrawal
MS, PhD(Eye) FMRF, FSNEC
Reg. No. 34788
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
इसका का नाम व इसका रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

म्यामौ इन्नाधर ।

Exchanged

संयोजक

Rich