

## **APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

### **(Healthcare)**

(समाप्तिय दैर्घ्यभाल)

APPLICATION No.: 1061810491

APPLICATION DATE : 08/06/18

NAME of APPLICANT : RABINDRANATH PURKAIT

AGE-YEARS ५८-५९ SEX ♂

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HIRULAL PURKAIT

PRESENT RESIDENCE ADDRESS \_\_\_\_\_

SAPMARA, KARANMAHAL, SOUTH 24 PARGANAS.  
44398: QES BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 3401 50TH ST NW

~~AS ABOVE~~

**OCCUPATION:**

## HOME MAKER

*Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 32, No. 3, June 2007  
DOI 10.1215/03616878-32-3 © 2007 by The University of Chicago

**TOTAL ANNUAL INCOME:**

NII

(Attach Proof of Income)

卷之二十一

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

Yves J. M.

Environ Biol Fish (2007) 79:1–10

FAMILY DETAILS - परिवार जाहिल				
Sr. No. अम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अवार्द्धक के साथ सम्बन्ध
1.	RABINDRA NATH PURKAIT	56	F	SELF
2.	BHAGABATI PURKAIT	50	F	WIFE
3.	DEBASIS PURKAIT	29	M	SON
4.	MANAKANTAN PURKAIT	24	M	SON

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)

SPL Card (Attach Card Copy) एपीसी टेक्स के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओर प्रति संलग्न हो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अवृत्त व्याप की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओर प्रति संलग्न हो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ओर प्रति संलग्न हो)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साथ
--	--	---	--

**"PURPOSE" FOR REQUESTING ASSISTANCE**

即時的對話與溝通：

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल दृष्टिकोण से जारी की गई प्रतिवेदन मुद्रित संस्करण
1.	DIAGNOSIS - Cataract - RE
2.	SURGERY - RE (STICS + IOL)

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
कोई विकास की सहायता किसी दूसरे स्रोत से किसी रूप में किया गया है?

**DECLARATION by APPLICANT:** अर्पित करा घोषणा करा:

- 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.
  - 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.
  - 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण येरी जाहाजी की अनुमति लाभ एवं लाभ नहीं है। यदि कोई विवरण ऐसे कारण लाभ लाभ हो तो येरी जाहाजी विवरण की जा सकती है।

2) मैं दूसरा येरी जाहाजी का उपयोग करने वाले उपर्युक्त उपर्युक्त उपर्युक्त उपर्युक्त को यूर्जी के दिलें विवरण दर्शाएंगे, जो इस प्राप्ति में लाभ लाभ है।

3) मैं अनुमति करता हूँ कि येरी जाहाजी का उपयोग की गई है, उस दृष्टि का अन्तर्गत येरी जाहाजी विवरण येरी जाहाजी योग्यतावालीय विवरण का बहुमती से न कर सकता है और न ही विवरण में दर्शाया जाए।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or name)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकार यह अपने हस्ताक्षर या लंगों की साथ लानकर, मैं (व्हेस्टिक) अपनी जाहाजी की दुष्प्रकाश (एवं "कॉलिंग" प्रारंभिक और उपर्युक्त नावों) को अधिकृत करता हूँ कि मैं यह नाम, नाव, लंगों और ये विवाह इस प्रकार मैं पर्याप्त है, ताकि "कॉलिंग" एवं नावों, नाम, लंगों का दूसरे उद्देश्य से दूरी परिचितियों को उपलब्धिकरण के लिये किसी भी प्राप्त गान्धीय वंशालियों के लिये अधिकृत हो।

2) ये (लालोंक) इस जगत में सहायता है कि पेट नाम, पाता, बोटी और फिरल जो कि सहायता के उद्देश्यों में सही हैं। युवा जनता: सहायता का एक विशेष गति कलाकार। इस समय में "कलाकार" ऐसा उमड़ने वाली विशेषज्ञता वाली व्यक्तियों का विविध अधिकार और व्यापकता होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

प्रतिक व अन्य व अन्य विषय



**AGREEMENT by HOSPITAL (either or both)**

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 अधिकतम क्षमताएँ भी और ये समानोदीयी को "वॉल्टिंग वर्डनेशन" से विचित्र सहायता ही दिलचिह्न की जाती है, जिसे हम (इम्प्रेस्ट) निम्न प्रकार से बताते हैं:

1) यह कि व ही भविष्य में विलिप्त महात्मा बिहारी गैर साकारी प्रोफेट वा बिहारी जन सेना में उक्त दुर्लभताएँ में जींगे वा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कल्पितवाच चाल-दंडनाम" में विलिप्तविहित उक्त के प्रभाव में "कल्पितवाच चाल-दंडनाम" द्वारा यह देखा गया है; यदि "कल्पितवाच चाल-दंडनाम" द्वारा महात्मा बिहारी अधिकारकाल देखा गया था तो यहाँ वही किंवदं जाता है वह महात्मा बिहारी गैर साकारी प्रोफेट वा बिहारी जन सम्बन्ध में प्राप्तवाच से देखा जाता है कि अप्रत्यक्ष द्वितीय नाम उक्त दुर्लभताएँ देखा गयी हैं।

२. "कोलिंग चार्टनेशन" से भी यह समाज कोवैट वित्तीय प्रदूषि थी है। ऐसी पर इसका द्वारा यह समाज का विवेद यह राष्ट्रपति का युवता एवं इसका जीव वा विवर है और "कोलिंग चार्टनेशन" द्वारा किसी प्रकार का अर्बुद रखने वाली है। इसलिये इसका मैं ऐसी के द्वारा सुखा और झाँके वाले जारी रखने वाली विप्रेण्डी इस घटनाएँ में भी होती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Date of Surgery अंतिम वार्ता दिन <b>08/06/18</b>	Dr. <u>Rajendra Agrawal</u> MBBS, MS, PG Diploma; FMRF, FSNEC (Reg. No. 34786) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) राजेंद्र एस एग्रवाल डीएमबीएस, पीजीडिप्रोलोगीज, एफएमआरएफ, एफएसएनईसी (Stamp का संग्रह इसका वर्णन नहीं है)	<u>Dr. Deepak Bagchi</u> MD, DM Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) दीपक बघ्ची, एमडी, डीएम रिसर्च केंट्रल नम. १०, एसएसएल अंग्रेज़ अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय कृषि संस्था के लिए

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

二〇〇〇年

Sparrow

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

संगीत विद्या