

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0718/0641** APPLICATION DATE : **03/08/18**
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **NERUPAMA NANDI** AGE-YEARS **65** SEX **F**
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **SAMARENDRA NANDI**
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **PART NO-48 RAJARHAT GOPALPUR NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL**
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : **HOUSE WIFE**
व्यवसाय

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

PAN No. **स्वास्थ्य खाता 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 लगायें) 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	NERUPAMA NANDI	65	F	SELF
2	SAMARENDRA NANDI	29	M	HUSBAND
3	MITA NANDI	43	F	DAUGHTER
4	ASIM NANDI	40	M	SON
5	NIRMA NANDI	32	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 निम्न 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 (SICS + IOL)

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 ही 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 बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाय है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरी इस ओर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में दिया गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रारंभ की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ली गया है और न ही भविष्य में ली जा

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 to 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 ज्ञान इतनासा था जहाँ की बात लालकर, मैं (आनेवा) अपनी छात्रा की मुद्रि करता हूँ एवं "बौद्धिक कायडेशन और टाईम ग्राफी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और जो विवरण इस प्रश्न में संविष्ट है, उसे "बौद्धिक" एवं ग्राफी, एन, पाथलाय दूसरे चरण में मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों को लिखे बिना भी प्रसार गणना से प्रकाश करने को हित अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रत्यक्ष को पहले या बाद में करने को हित "बौद्धिक कायडेशन" व ग्राफी अधिकृत है।

2) मैं (आवेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विभाग को बिना सहमति के उद्घरणों से प्रभावित है मुझे भला: आगमता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दण्डन प्रसंगों में निर्माण और अंतर्गत और बाध्यकारी होता।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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 अधिवक्ता, इसरायली की ओर से समारोह/पेले की "कोशिका कागजेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हामदान) विभिन्न प्रकार से समर्थन व प्रतीकण करते हैं।

1) यह कि न तो बर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य स्वीकृत से उक्त ऐंटीमोनॉपॉली में होने या तो रहे है, नही कि इनमें "कोलिका फाउन्डेशन" से सिपिटीरिबिटी उक्त के सम्बंध में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सकल हेतु मनुष्य को किम ज्ञात है तो अगस्त किसी अन्य भी साकारी संस्था या किसी अन्य समन्वयन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अगस्तान टिपरी गहर उक्त ऐंटीमोनॉली हेतु किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेगी।

2. "बोसिका काउन्टी" से भी यह तथ्यगत कथन विविध प्रकृति की है। ऐसी या हमसाल द्वारा दी गई कथन या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमसाल के बीच का विषय है और "बोसिका काउन्टी" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हमसाल में ऐसी के द्वारा सुरक्षित और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमसाल की होगी और "बोसिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

ACCEPTANCE

539

REJECTION

कमन्धु

Date of Surgery

अभिमान की शक्ति

03/08/18

Dr. H. Shankar Nair
 15, 10PnH
 No. 6566
 Education & Research Centre

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व इलाका व रीति, न

Small Eastern Bittern
D. ...
... ..

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

नाम व पद हमराहाल अधिकात अधिकाती

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 4

न्यायौ इत्युक्तम् ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इमराना ३

SANCTIONED

11-11

REJECTED

सुभाषचन्द्र

2/20

Eric Nt