

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **k/0818/0889**
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **02/08/18**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **JUDHISTIR DHALI**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **58** SEX **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **GANGACHARAN DHALI**
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

**SOLANGARI DAKSHIN PARA, GOURANGANAGAR,
NEWTOWN, NORTH 24 PARGANAS, 700159,
WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: **LABOURER**
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: **RS. 1600 x 12 = 19,200/-**
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

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.	JUDHISTIR DHALI	58	M	SELF
2.	ARPI DHALI	65	F	LIFE
3.	SHARMA DHALI	64	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरण 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 प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIC 5710L)

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 लिया गया सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ड्वा करेण चर)

- 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 धरुण करत हूँ कि इस ड्वाक में दिने गने गरी विवरण सरी सलकारी के सनुनर सण दूब सरी है। परी कोई विवरण दूब कवन सलसर सण करत है से गरी सलसर विवरण को सलकारी है।
 (2) मैं ड्वा के सलसर उरी "कोशिका फाउन्डेशन", से सरी सलकारी है, उरकर उरकर उरी उरकर की दुर्ति के दिने किय करेण, जो इस ड्वाक में करत गय है।
 (3) मैं धरुण करत हूँ कि किय सलसर हेतु सल सरुणर की नई है, उर उरी का सलिक सल सलसर किय कियी सन प्रोडरिसेकशनरीय कम्पनी से न से किय है और न ही धरुण में हेतु।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ड्वा करेण)

- 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.
 - 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 ड्वाक में अपने इरकर सल अरुंठे की ड्वा सलसर, मैं (अर्शेक) सलरी सलकारी की धरुण करत हूँ दूब "कोशिका फाउन्डेशन और उरकर सलकारी" के अधिदूत करत हूँ कि सण सण, सल, सलठे और सल विवरण इस ड्वाक में सलिक है, उर "कोशिका" दूब सलकारी, दूब, सलकरक दूरी उररुण से सरी गरीकरीकरी और उरकरकरीकरी के दिने कियी की ड्वाक सलसर से प्रसलरि करने के लिद अधिदूत है। गरी ड्वाक का विवरण गरी ड्वाक के सलरी सल सर में करने के लिद "कोशिका फाउन्डेशन" सल सलकारी अधिदूत है।
 (2) मैं (अर्शेक) इस ड्वाक से सलसर हूँ कि सण सण, सल, सलठे और विवरण को किय सलसर के उररुणर में अधिदूत है सलर सलर: सलसरक का इकरर नही करत। इस सलसर में "कोशिका" दूब उरकर सलकारी का दिने सलिक और सलसरकारी हेतु।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के इरकर सल अरुंठे का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (इरकर ड्वा करेण)

- 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:
- 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.
 - 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.
- इरकर अधिदूत, इरकरकी की और से सलसररुंठे की "कोशिका फाउन्डेशन" से दिने सलसरक हेतु सिवररिती की सलरी है, कियी इन (इरकरक) किय उरकर से सण सल सलरकर करत है।
 (1) सल कि न से सलिक और न ही धरुण में दिने सलसरक कियी गरी सलकारी सलसरक सल कियी सन सलर से उरकर उररुणरकरी में सलरी सल से ले ले है, किये कि इन "कोशिका फाउन्डेशन" से सिवररिती/कियी उरकर के सलसर में "कोशिका फाउन्डेशन" ड्वा करर हेतु कि है। परी "कोशिका फाउन्डेशन" ड्वा सलसरक कियी अधिदूत/सलसर हेतु सलरु नही किय करत है से सलसरक कियी सन गरी सलकारी सलसरक सल कियी सन सलसरक से सलसरक सेने का अधिदूत सुकिय सलसर है। इस धरुण में सलर करत करत है कि सलसरक इररर करर उरकर उररुणरकरी हेतु कियी गरी सलकारी सलसरक सल कियी सन सलसर से नही सलसररुंठे।
 (2) "कोशिका फाउन्डेशन" से सरी सल सलसरक सलसरक दिने प्रदूति की है। उरी सल इरकरक ड्वाक में सल सलसरक सल किये गने उरकरकरीकरीय का सुकरन उरी दूब इरकरक के सलिक का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" ड्वाक कियी उरकर का कोई दूबक नही है। इररररर इरकरक में उरी के इरकरक सुकर और सलने सलने की सरी सिवररुंठे उरी दूब इरकरक की इरररी और "कोशिका" की कोई सुकियक सल सिवररुंठे इस सलसर में नही हेतु।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (सवीकृत/निरस्त का विवरण सलगावे)

ACCEPTANCE

REJECTION

Date of Surgery
सलरररर की उरीक

02-08-18

Dr. A. Kundu
MBBS, MS
Reg. No.-55127
Swast Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
इरकर का सण सल इरकरक सल उरी, सल

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
सण सल पर इरकरक अधिदूत अधिदूत

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION सलररररक उररुणर हेतु

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 सलरी इरकरक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 सलरी इरकरक 2
SANCTIONED सलरुंठे	REJECTED सलरुंठे		