

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.: K/0818/0008
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 08.08.18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: SARMILA DEBI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

48

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DILIP JAYSOWAL
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

4/2/9 GOPAL GHOSH LANE, HAORA CORPORATION,
SALUDA, HAORA, JHARGH, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION: LABOURER
व्यवसायTOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1500 X 12 = 18000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं का पान संख्या

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

Yes / No

हाँ / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 सम्बंध
1.	SARMILA DEBI	48	F	SELF
2.	DILIP JAYSOWAL	56	M	HUSBAND
3.	ABHINAV JAYSOWAL	25	M	SON
4.	SONI JAYSOWAL	21	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

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

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 लिये 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 चाहूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने आसान पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना सिद्ध की जा सकती है।

2) मैं इससे जो सहायता प्राप्त "कीटिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया करूँगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना चाहूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या उद्देश्य को लक्ष्य नहीं करूँगा, जो इससे अलग या अलग-अलग सहायता किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या जो लिया है और मैं जो कीटिका फाउन्डेशन से ली जा रही है।

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 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.

1) इस दृष्टि पर अपने इलाका या शोर्ट की जानकारी लें (आवश्यक) अपनी समिति की पुष्टि कराएं एवं "कोशिका जायेंदगी और उसकी ग्याहियों" को अधिकृत करें (जिसे वेब साइट पर, फोटो और जे विवरण हम द्वारा भी प्रेषित है, उसे "कोशिका" एकत्रित करने, सार, सफलतापूर्ण दुर्घटना से सुरक्षित प्रतिनिधित्व और उपस्थिति के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से इस्तेमाल करने के लिए अधिकृत है।) जो द्वारा का विवरण भी उपलब्ध के पाने का मत में करने के लिए "कोशिका जायेंदगी" में ग्याही अधिकृत है।

आवेदन को इजाजत या अंगूठी का निशान



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.

(1) यह कि न तो कर्मचार और न ही अधिकारी में विभिन्न समुदायों के किसी भी समुदाय के अधिकारों या किसी अन्य समुदाय के अधिकारों के समान समुदायों में होने का कोई है, यही कि इनमें "अधिकार समुदायों" में निवासियों/विधियों के समुदाय में "अधिकार समुदायों" द्वारा गहरा होना है। यदि "अधिकार समुदायों" द्वारा समुदायों के अधिकारों/अधिकारों में समुदायों की विशेषता है तो समुदायों के किसी अन्य और अधिकारी अधिकार या किसी अन्य समुदायों के अधिकारों के समान होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सूचि में स्पष्ट कहा जाता है कि समुदायों के अधिकारों गहरा कर उन समुदायों में किसी और अधिकारी अधिकार या किसी अन्य समुदायों के अधिकारों के समान होने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "बेसिका फायनेंस" से जो सर्व सामान्य कोष विविध प्रकृति को है। ऐसी या सम्पत्ति द्वारा ही यह समझ या विवेक से उपस्थापित या चुनने से ही सम्पत्ति को बीच का विषय है और "बेसिका फायनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसीसे सम्पत्ति में ऐसी को प्राप्त सुख और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी से ही सम्पत्ति को होती और "बेसिका" को कोई अधिक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

REJECTION
अपहरण

Dr. K. Ghosh
MBBS, DO, DNB, FRCS
Reg. No. 50971
Susrut Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के पते पर

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
डॉ. अ. व. पट्टनयक अध्यक्ष

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जयदीप ठाकुर २

SANCTIONED
संज्ञित

REJECTED
समय

23/10

2.1.1