

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0818/1024

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10.08.18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

NIRUBALA PATRA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहस्र का नाम

SUSHIL PATRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

 708/2 ASHOKENAGAR, KALYANGARH,
 NORTH 24 PARGANAS, 743222,
 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्याई 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 चिह्न लगाएं)

Yes (MS)

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 सम्बंध
1.	NIRUBALA PATRA	63	F	SELF
2.	SUSHIL PATRA	70	M	HUSBAND
3.	DEBASIS PATRA	40	M	SON
4.	BISWANT PATRA	37	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- RE
2.	SURGERY- RE (SKS + 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 सही गई सहायता राशी

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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाये तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।

2) मैं इससे जो सहायता पाऊँ "कोशिका फाउन्डेशन", से सही जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं सहायता हेतु या उद्देश्य को नहीं हूँ, उस राशि का अधिक या समकल विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/pull-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 donation 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 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 प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या ओपरी को साफ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्षी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका जायदोश और उसकी ग्यासीय" में अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एकत्र ग्यासी, राग, वाचनायक द्वारा इन्दोरा से मुठ्ठी पालिधियाँ और उपलब्धियों के निरने किलो को प्रसार गायनः से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण की इलाज को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका जायदोश" में ग्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आपका) इस बात से सहमत हूँ कि मैं आप, पाठ, थोड़ी और विचारों को कि साक्ष्य को उद्देश्यों से प्रतीति है मुझे मिला: साक्ष्य का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कॉलेज" एक उच्च जगहों का निर्णय और सफलता होगा।

आवेदक के इच्छा या अंग्रे के निगम



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 its 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.

इसने अविद्वत्, शास्त्रार्थी की ओर से माया/लोभ को "कालिका पावनमाला" से मिलित साधना हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु इन (हमपाठ) विम्वर प्रकाश से माया व लोभका नाश है।

(1) यह कि न तो भारतीय और न ही भारतीय में विविध सहायता किसी और साकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐंटी-मॉनोपॉली में लेने या ले रही है, जैसे कि इनमें "कॉलिका फाउन्डेशन" से निपटार/निष्पत्ति उक्त से सम्बंध में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अधिका-सहाय हेतु प्रस्तुत रही किन्तु ज्ञात है तो सम्बन्धित किसी अन्य और साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धित से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्धित द्वितीय चरण उक्त ऐंटी-मॉनोपॉली हेतु किसी और साकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेगी।

2. "बोशिका कास्टोरोल" से लेई गई सापेक्ष संकेत चित्रित प्रकृति की है। लेई या इस्तेमाल इस टी गई सापेक्ष या किने लेई उपकरणप्रक्रिया का सुलभ लेई एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "बोशिका कास्टोरोल" इस विषय प्रकाश का कोई रक्षण नहीं है। इसीलिए इस्तेमाल में लेई के प्रभाव सुलभ और जलने जाने की सारी विमोचनी लेई एवं इस्तेमाल की होती और "बोशिका" की कोई सुविधा या विमोचनी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त वा निराकरण लक्षाये)

ACCEPTANCE
॥०॥

REJECTION
रजमन्त्र

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10.08.18

Dr. A. Kundu
MBBS, MS
Reg. No. 55127
Shant Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED
मंजूर

REJECTED
समन्वय

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इतरावा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

12/10

व्यासो हस्ताक्षर 2