

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/0918/1182
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 06.09.18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: PUSHPA SARDAR
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 42
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PADMA MONDAL
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

RAGHUNATHPUR, SARKISHPUR, KHALAPOTA
GASIRHAT-II, NORTH 24 PARGANAS, 743428,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थान: खाली 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 लगावे)

Yes/No
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.	PUSHPA SARDAR	42	F	SELF
2.	SUSANTA SARDAR	50	M	HUSBAND
3.	ANITA SARDAR	20	F	DAUGHTER
4.	SONITA SARDAR	18	F	DAUGHTER
5.	AMIT SARDAR	15	M	SON
6.	KISHOR SARDAR	12	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 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 (STC & TOL)

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 हो 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 कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे अनुभव के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरी इसकी सहायता के लिए "कौशिका फाउन्डेशन", मेरे द्वारा दिये गये हैं, उसका उपयोग उल्लेखित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।

3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त होने वाले राशि का भविष्य में किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से नहीं लूँगा 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/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 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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांग्रेसका फाउंडेशन और दसवीं न्यासेय" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कांग्रेसका" समूह न्यासी, दान, व्यवस्थापक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के विषये किसी की प्रसार माध्यम से प्रमोति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कांग्रेसका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली 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 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.

1) यह कि न तो अस्मान और न ही धरित्य में किसी महापता किसी देश याकिसी संस्थान या किसी अन्य स्वरूप से उत्पन्न होगी/घटने में होगी या से रहे है, जैसे कि हमने "कॉमिन्ग फायरवॉटर" से विपरित/विचलित उत्पन्न के सम्बन्ध में "कॉमिन्ग फायरवॉटर" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कॉमिन्ग फायरवॉटर" द्वारा महापता विचलित अतिरिक्त/अकल्प हेतु पञ्चुर नही किया जाता है तो अस्मात् किसी अन्य कि सावरी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से महापता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मात् टिनीय भरर उक्त होगी/घटने हेतु किसी कि महापता संस्था या किसी अन्य साधन में नही लेगा/लेगी।

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

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो कर्णाल २

SANCTIONED
मन्वी

REJECTED
नामम्बूर

Large

2.1.1