

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.
आवेदन संख्या

K/0918/1192

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06.09.18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MUNGGI SARDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

38

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

DHARMARAJ SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

NALDI SARDAR PARA, RAJENDRAPUR,
BASTIRHAT-II, NORTH 24 PARGANAS, 743291,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

COOK

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

Rs. 1500 x 12 = 18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सर्वेक्षण आता 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 लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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 संबंध
1.	MUNGGI SARDAR	38	F	SELF
2.	AMIT SARDAR	45	M	HUSBAND
3.	ANUP SARDAR	15	M	SON
4.	NANDITA SARDAR	13	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गये चिकित्सीय 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 (STCST+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य स्रोत का किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

1) I declare under penalty of perjury that the data in this Form is true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.

- 3) ये सुनिश्चित होना चाहिए कि इस सलाहकार समिति का अध्यक्ष और सदस्य दोनों ही स्वतंत्र हों और न ही अधिकारी के अधीन हों।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use and 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 - 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.

॥ इस तरह से अनेक व्यक्तियों का अन्तर्गत को प्राप्त होना, वे (अन्तरात्मा) अपनी समष्टि की दृष्टि बनाते हैं एवं "कॉलेक्टा क्वॉडैरेन" और उसके न्यासीयों " को अभिप्रेत करते हैं कि ये सब, पुरुष, स्त्रीय और जो विद्यमान रूप द्वारा में धोखा है, उन्हें "कॉलेक्टा" समूह न्यासी, दान, मायस्वयं दूसरे उद्देश से नयी गतिविधियों और उपलब्धियों के निम्न किस्मों की प्रसार माध्यम से प्रसारित करने का विचार प्रोत्साहित है। वे दान का विचारों को प्रसार को प्रदान के बाद में करने के लिए "कॉलेक्टा क्वॉडैरेन" व न्यासी अभिप्रेत है।

2) न (आदेशक) उन बातों में सहमत है कि पाप, पाप, पाप और विचारों को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे मालूम; सहायता का हकदार नहीं बचता। इस सम्बन्ध में "बर्तमान" तथा "प्राचीन" के "बर्तमान" और "प्राचीन" होते।

अधिकांश के राजस्व पर आने का विचार



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 confirm again 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.

इसमें श्रीमद्भक्त, इच्छाशून्य को और स योगसंपादने को "कौशिक" (आत्मवृत्त) या शक्तिप महापुरुष हेतु सिद्धांतों की यादें हैं, जिनमें इन (इच्छाशून्य) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि वे तो अर्थिक और वे ही जीवन में विविध सहायता किसी पैर सावधानी संभाल पा किसी अन्य स्कोर से उच्च रोजी/घराले में लेने पा से खं है, जैसे कि इनमें "कोशिका पाठ्यदेसत" से विकसित/विश्वीत उच्च से सम्बंध में "कोशिका पाठ्यदेसत" द्वारा पढ़ने हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठ्यदेसत" द्वारा सहायता विधित अधिका/सफल हेतु मन्त्रु पाही किया जाता है तो अन्ततः किन्ने अन्य पैर सहायती संभल पा किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय चर उच्च रोजी/घराले हेतु किसी के सावधानी संभल पा किसी अन्य सहाय से पाही संभल/लेगा।

2. "कर्मिको वादन्नाम" से भी यह वादनाम संगत विधि प्रकृत को है। वेगो पर इम्पेचल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनरावर्ती एवं इम्पेचल से वापस का विषय है और "कर्मिको" इम्पेचल द्वारा किसी प्रकार का वाद दायर नहीं है। इसीलिए इम्पेचल में वेगो को इष्टान सुलभ और आने जाने को सारी विधियों पर वेगो एवं इम्पेचल को वेगो और "कर्मिको" को कोई प्रतिक्रिया या विधियों पर इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संसाधित (स्वीकृत/निस्तु या निशाण लगाय)

ACCEPTANCE

REJECTION
नकार

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

06/09/18

Dr. ~~Utpal~~ Shanker Nag
MBBS, MS, (OPHTH)
Reg. No. 65656
(Name of the Foundation & Research Centre)
डाक्टर का नाम व इकाया का नाम

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी इन्द्राक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इस्ताफर 2

SANCTIONED

REJECTED
नामम्बर

[Signature]

न्यासी इस्तफा 2