

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

K/1018/1343

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/10/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

KUCHAPATI MISTRI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

DHIREN MISTRI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PURBA MALEKHAN CHITTYA PASCHIM PARA
GOBINDAKATI, HINGAL GANJ, NORTH 24
PARGANAS, 743439, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई करदा संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ।)

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.	KUCHAPATI MISTRI	80	M	SELF
2.	CHITTYA MISTRI	57	M	SON
3.	SAKSHINI MISTRI	53	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L.E.
2.	SURGERY - L.E. (SICS + 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 सी 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन आसन्न पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से सहायता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ही ले रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मग गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस परितः या अतिरिक्त या समस्त निवृत्ति किसी अन्य संगठन/सेवादाता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही पश्चात 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 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुलि की छाप लगाकर, ये (आवेदक) अपनी सामग्री को मुद्रित करते हैं एवं "कॉशिका काउन्सिल और उसके मातापिता" को अधिवृत्त करते हैं कि वेरा नगर, पाल, पोरी और के विभाग इस प्रश्न में संबंधित है, उसे "कॉशिका" एवम् ग्याली, दूर, पचपचप दूरी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तिरने किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसित करने के लिए अधिवृत्त है। ये प्रश्न का विभाग की हस्ताक्षर के पक्षों या बार में करने के लिए "कॉशिका काउन्सिल" व ग्याली अधिवृत्त है।

आपेदक से हमारा या अंगरे 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.

हमारे अधिकृत इन्टरनेट की ओर से मापलेखी को "वैश्विक फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे डब (इन्साल) निम्न प्रकार से समर्थन व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वोच्च और न ही सर्वोच्च में स्थित साक्षरता किसी भी साक्षरता संस्था या किसी अन्य संस्था से उच्च होती/चलती है। जहाँ कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से शिक्षण/विनिर्देश उच्च से संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पढ़ा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्षरता विनिर्देश अधिक/उच्च से चलाया नहीं किया जाता है तो असमान किसी अन्य भी साक्षरता संस्था या किसी अन्य संस्था से साक्षरता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आवश्यक शिक्षण पढ़ा उच्च होती/चलती है। साक्षरता संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेती।

2. "कॉंशिका फाउन्डेशन" से तो गई लक्षणत केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी या इसप्रकार द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इसप्रकार से बीच का विषय है और "कॉंशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायम नहीं है। इसलिये इसप्रकार में ऐसी को इसका मुरादा और अपने अपने को साथ विमोचनी ऐसी एवं इसप्रकार की होगी और "कॉंशिका" की कोई समिका या विमोचनी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

ऑपरेटिंग की दृष्टि

04/10/18

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No.-58098
(Name of DO & Reg. No. with Stamp) Centre

Anti-Social Behavior

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नमः व शुद्ध इमंवात अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

न्यायी इत्यादि ।

न्यासी इत्यादि २

Erklärung

Rich