

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1018/1449

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/10/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

REBA ADHIKARI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

48

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

PARHU ADHIKARI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MAHISHYA LASKAR PARA, MEDANAT, USTAL,
SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई आयकर संख्या

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

क्या आप आय कर रखा है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

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.	REBA ADHIKARI	48	F	SELF
2.	PARHU ADHIKARI	57	M	HUSBAND
3.	SAMIR ADHIKARI	25	M	SON
4.	KHAKAN ADHIKARI	22	M	SON
5.	SAMPA ADHIKARI	18	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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 किसे गये निवेदन 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 (SICSTROL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले 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 सोचता करता हूँ कि इस आक्रमण में दिये गये सभी विचारों में ही आत्मकर्मों के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विचार एवं कथन अज्ञान या भाव जाता है तो धीरे-धीरे सत्यता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) धीरे-धीरे जो सत्यता पति "कोशिका फलन" है, उसे तो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस आक्रमण में था।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सत्यता में यह आक्रमण की गई है, उस सत्यता का अर्थ है कि सत्यता ही सत्यता 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/pu-l-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.

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 पर अपने हस्ताक्षर या ओपेटी की छाप लगाकर, मैं (अब्देदक) अपनी सहमति को स्पष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके मानकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और की विवरण इस प्रश्न में संश्लिप्त हैं, उसे "कोशिका" एवम् मानकों, राज, आचरण/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार उपयोग के प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी सहमति के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" व मानकों अधिकृत है।
- 2) मैं (अब्देदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण की कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इकट्ठा नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके मानकों का निर्णय अधिकृत और आचरण/या होना।

आवेदक के इलाका या श्रमिक का निवास



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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे जन्ममृत्यु, हस्तक्षेप की ओर से मराले/पेले की "अंशिका भाग्यदेश" से विधि सहायता हेतु निर्धारित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वमान और न ही परिवर्धन में प्रतिष्ठित साक्ष्यता किसी भी सरकारों संस्थान या किसी अन्य राष्ट्रीय से उच्च ऐंग्रेजी/पारसी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोलिका फाउन्डेशन" से सिपाही/विशेषी उच्च के सम्बन्ध में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्यता विदेशी अधिका/सकल हेतु पञ्जुर नहीं किया जाता है तो असम्भलत किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से साक्ष्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्भलत द्वितीय मरद उच्च ऐंग्रेजी/पारसी हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका पराबन्धन" से तो गई सहायक कंपल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर सम्पन्न हुए ही गई सहायक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं सम्पन्न में बीच का रिश्ता है और "कोशिका पराबन्धन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दमक नहीं है। इसलिये सम्पन्न में ऐसी के इस्तेमाल सुरक्षा और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं सम्पन्न को होती और "कोशिका" को कोई दुनिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/10/18	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इम्तदार व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इम्तदार अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अव्यक्तिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इम्तदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इम्तदार 2	
		