

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : K/1218/1676

APPLICATION DATE : 23/12/18

NAME of APPLICANT : PADMARANI DAS

AGE-YEARS : 62

SEX : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : RAGHUNATH DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : JAHALHATI, BARUPOUR SOUTH 24 PARGANAS, 743502, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : [Blank]

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

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 से सम्बन्ध
1.	PADMARANI DAS	62	F	SELF
2.	RAGHUNATH DAS	69	M	HUSBAND
3.	RAJAT DAS	18	M	SON
4.	BAPI DAS	23	M	SON
5.	POLESHARI GHOSH	20	F	DAUGHTER

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

EPL Card (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एय्स सीएस के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विवक्षित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RP
2.	SURGERY - RE (SICSTHOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो यह सहायता पुरा

DECLARATION by APPLICANT: none on file.

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि यहाँ विवरण सत्य नहीं बताया जाता था या था है तो ये सही बताए जाते की यह झूठी है।
- 2) मैं इससे यहाँ घोषणा करता हूँ "कीविलेड पयपोज" , से जो मैं यहाँ हूँ, उसका उपयोग यही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस आवेदन में माग था है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या इस अवधि की नहीं है, उस यदि वह अधिक या समान किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीगा

AGREEMENT by APPLICANT (attach 200 with)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post/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 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 enable 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 तरह का अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयक इस तरह में प्रकाश दें, जहाँ "कोशिका" दूरदर्शन, रेडियो, दूर, दूरदर्शन द्वारा उद्घरण से दूर की वीडियोनिर्देश और प्रसारणों में होने किसी भी तरह का माध्यम से प्रसारित करने में लिए अधिकृत है। वे इस का विचार की इसका मेरे पता या नाम से करने में लिए "कोशिका फाउंडेशन" से भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषयक को कि प्रसारण से उद्घरण से प्रसारित है दूर से प्रकाश; प्रसारण का उपयोग नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" दूरदर्शन भरोदारों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ਸਰਦਾਰਾਂ ਦੀ ਸਲਾਹਤ 'ਤੇ ਲੰਬੇ ਯਾਤਰੇ



AGREEMENT by HOSPITAL. (SEE THE END)

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 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 अतिथिगृह, इलाहाबाद की ओर से आयातकर्ताओं को "बॉलिंग गार्मेट्स" से मिलित आयात से शुल्क छूट का फायदा भी मिलेगा। बिना इस (इलाहाबाद) बिना प्रस्ताव से राज्य में सीमाएं नहीं हैं।

- 1) यह कि न तो सीमा और न ही सीमा में स्थित प्रत्यक्ष किसी भी राजसी संस्था या किसी अन्य संस्था से उस एंटीपैराली में होने या होना है, बल्कि कि इनके "सीमा परावर्तन" से निपटारा/निपटि उस से सम्बन्ध में "सीमा परावर्तन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "सीमा परावर्तन" द्वारा प्रत्यक्ष स्थिति सीमा/संस्था हेतु समुदाय को किम ज्ञात है तो अवस्था किसी अन्य भी राजसी संस्था या किसी अन्य संस्था से प्रत्यक्ष होने या सीमा परावर्तन प्रत्यक्ष है। इस स्थिति में एन्टि पैराली है कि संस्था द्वारा प्राप्त उस एंटीपैराली हेतु किसी भी राजसी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं होना/होती।
2. "सीमा परावर्तन" से ही यह प्रत्यक्ष किम प्रकृति को है। एंटी पैराली द्वारा ही यह प्रत्यक्ष या किम न तो प्रत्यक्ष/सीमा का समुदाय एंटी पैराली द्वारा प्रत्यक्ष से सीमा का प्रत्यक्ष है और "सीमा परावर्तन" द्वारा किसी प्रत्यक्ष या सीमा परावर्तन को है। इसीलिए प्रत्यक्ष में एंटी पैराली प्रत्यक्ष और अन्य ज्ञात को सीमा प्रत्यक्ष एंटी पैराली द्वारा प्रत्यक्ष को सीमा और "सीमा परावर्तन" को सीमा प्रत्यक्ष या प्रत्यक्ष/सीमा प्रत्यक्ष में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

અગતીકાલી એ રિપ્પ મંમતાણિ

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 31/2/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 (Name of Doctor & Reg. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पिन नं.	Shish Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व पिन नं.
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION भारतीय जनता दल

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राप्ति प्रमाण 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राप्ति प्रमाण 2
	