

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेंगु आवेदन प्राकृप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION NO.: आवेदन संख्या : V110181910	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 10/12/12			
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम : ANJALI GHOSHAL	AGE-YEARS वय-वर्ष : 63	SEX लिंग : F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: जिम्मेदार का नाम : ROHUPAN NOHAN AKHULI				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान स्थान DEMIA, RAMNARAYA POK, GANIKURA - 7422205, WEST BENGAL.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान अवधारणा का - AS ABOVE -				
OCCUPATION : अवधारणा : HOME MAKER.	MARRIED (प्रियंक) / UNMARRIED (विवेदिक) <input checked="" type="checkbox"/>			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : NIL	(Attach Proof of Income) (आय का स्वीकृत संदर्भ)			
PAN No.: एपीएन नंबर : -----				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable) आप इनकार्ड भरा होते हैं (जो सरकार द्वारा जरूरी का घोषित करती है)				
YES / NO हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण				
Sl. No. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	ANJALI GHOSHAL	63	F	Daughter
2.	ROHUPAN GHOSHAL	59	M	Son
3.	HANU GHOSHAL	25	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) आवेदन के लिये चिन्हित करें				
EPL Card (Attach Card Copy) एपीएल कार्ड की चिन्हित करें (उपलब्ध करने की चाहे तो उपलब्ध करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) इनवीटीएस कार्ड की चिन्हित करें (उपलब्ध करने की चाहे तो उपलब्ध करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड की चिन्हित करें (उपलब्ध करने की चाहे तो उपलब्ध करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड की चिन्हित करें	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: आवेदन के लिये चिन्हित का उद्देश्यः				
Sl. No. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपातकालीन में जीवी की गई डिलिवर एवं दिलीप संलग्न			
1.	Diagnosis - Cataract - Lc.			
2.	Congenital Le (Gestational)			

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
जीवन के यही उद्देश्य से दूसरी विधि से भी आवास प्राप्त होता है?

S.R. No. क्रमांक	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED सीधे पर्याप्ति कीमत

DECLARATION by APPLICANT: मेरी दस्तावेज़ का;

- 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) ਇਹ ਸ਼ਬਦ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਾਣ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਸਾਡੇ ਮਾਤਰਾ ਵਿੱਚ ਲਾਗੂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜਿਥੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਾਡੇ ਮਾਤਰਾ ਵਿੱਚ ਲਾਗੂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ।

2) ਮੈਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਲਾਗੂ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ "ਜ਼ਰੂਰੀ ਵਾਸਤੇ", ਵਿੱਚ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਜਿਥੋਂ ਜਾਣ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਥੋਂ ਜਾਣ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਥੋਂ ਜਾਣ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

3) ਇਹ ਸ਼ਬਦ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਥੋਂ ਜਾਣ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਥੋਂ ਜਾਣ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or mark)

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEAVE THE LINE UNPUNCTURED

作者著於 1999 年 10 月



AGREEMENT by HOSPITAL (OPTIONAL FORM)

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 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.
 - 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.

यहाँ अधिक, इसमें से कोई नहीं यहाँ आया है। लेकिन यहाँ दूसरी तरफ यहाँ विश्वास नहीं जाता है, विश्वास (विश्वास) यहाँ अकाल में बनता यहाँ अस्तित्व नहीं है।

- 1) यह बिन्दु के चारों ओर वह ही भवित्व में विद्यमान सामग्री किसी भी सामाजिक संस्कृत या विद्यों का लाइसेंस दे उनके उपर्युक्तों दे लिए या दे दी जैसे कि इनके "संशोधन प्राप्तिवेत्ता" में विद्यमान विविध उनके सामग्रे में "संशोधन प्राप्तिवेत्ता" इन ग्रन्थ संदूषित है। यदि "संशोधन प्राप्तिवेत्ता" इन ग्रन्थों विद्यमान विविध उनके सामग्रे में "संशोधन प्राप्तिवेत्ता" इन ग्रन्थों की विद्या जल्द ही उन सामग्री का द्वारा या विद्यों का द्वारा उपर्युक्त ग्रन्थ है। इन ग्रन्थों में उनके ग्रन्थ का विद्यमान विविध उपर्युक्त ग्रन्थ है।
 - 2) "संशोधन प्राप्तिवेत्ता" के द्वारा यह सामग्रे विद्यमान उपर्युक्त योग्य है। यदि यह इनका इनका एक यह सामग्रे विद्यमान विद्यों का उपर्युक्त ग्रन्थ है। यदि यह इनका एक यह सामग्रे विद्यमान विद्यों का उपर्युक्त ग्रन्थ है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अंतिम ची कार्यक्रम 12/12/18	Dr. <u>Kanti Shanker Nag</u> MS, MSc, MS (OPHTH) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) कान्ति शंकर नग एमएसएस ऑफथॉर्म्स	Shrikant Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) श्रीकांत बगची अधिकारी कार्यालय
---	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION કોશિકા ફાઉન્ડેશન દ્વારા

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी रात्री ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी रात्री 2
	