

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य सहायता)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

APPLICATION NO.: K1218/2135

APPLICATION DATE: 20/12/18

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम  
KAMALA NANDY

AGE-YEARS वय-वर्ष  
80 F

FATHER/HUSBAND'S NAME:  
पितृ/स्त्री का नाम  
GOSTOBIHARI SEN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास स्थान का नाम  
92 SRIPOL COLONY, WORD NO-2, TADAVPUR  
KOLKATA, 700031, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान का नाम

- PCS PHAROPE -



OCCUPATION:  
कारोबार

HOME MAKER.

MARRIED (मिहिर) / UNMARRIED (मिहिरी)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक वार्ष

NIL

(Attach Proof of Income)  
(वार्षिक वार्ष का संपर्क)

PAN No. एपीएन नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप वार्षिक वार्ष का विशेष सम्पर्क है? (वार्षिक वार्ष की वार्षिक वार्ष का विशेष सम्पर्क)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरेलू विवरण

Sr. No. जन संख्या	Name of Family Member घरेलू के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ का सम्बन्ध
1.	KAMALA NANDY	30	F	SELF स्वयं
2.	SANNAY NANDY	54	M	SPOUSE स्त्री
3.	SUNAHNA NANDY	11	F	DAUGHTER पुत्री

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
आवायत के लिए विवरण

BPL Card (Attach Card/Copy) एपीएल कार्ड की वार्षिक वार्ष (वार्षिक वार्ष की वार्षिक वार्ष की)	EWS Certificate (Attach Certificate/Copy) एसएस कार्ड की वार्षिक वार्ष (वार्षिक वार्ष की वार्षिक वार्ष की)	Ration Card (Attach Copy) राजपत्र कार्ड (वार्षिक वार्ष की वार्षिक वार्ष की)	Any Other Basic/Proof अन्य महत्वपूर्ण सामग्री
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
आवायत हेतु किसे किसी का उद्देश्य:

Sr. No. जन संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मर्माचार्यों/प्रिस्रिप्शन के लिए वार्षिक वार्ष की वार्षिक वार्ष की महत्वपूर्ण संग्रहीत संग्रहीत संग्रहीत
1.	DIAGNOSIS- Cataract - LF

2. SURGERY- LF (Scaffold)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के लिए अन्य साहाय्य विभिन्न अन्य स्रोत से किसे ग्रहण की?

Sr. No. जन संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED हाँ वार्षिक वार्ष की

DECLARATION by APPLICANT: योग्यता प्रमाणन करते हुए:



AGREEMENT by APPLICANT (check the box)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.

7) 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.



APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

जिवे की गति एवं अवृत्ति का फैलाव



AGREEMENT 款項總表 (附錄四)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we  
hereby declare & 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 this regard.

यह एक अद्वितीय समस्या है जो आपको अपने लाभों को बचाने के लिए और अपने खेल को बढ़ावा देने के लिए उपयोग करता है।

- 1) यह किंवद्दन संक्षेप में बताया गया है कि विभिन्न समाजों की साक्षरता संभवतः विभिन्न रूप से उत्तराधिकारों में से एक है, जैसे कि इसके "वॉल्युम चाट-देवेलपर" से विभिन्नताएँ विभिन्न रूप से सम्भव हैं। यह किंवद्दन संक्षेप में बताया गया है कि "वॉल्युम चाट-देवेलपर" इस समर्थन की विभिन्नताओं में से एक है जो साक्षरता विभिन्न रूप से उत्तराधिकारों में से एक है। इस पृष्ठ पर इसके बारे में विभिन्न रूप से उत्तराधिकारों में से एक है।

2. "जीवित राजनीति" में भी ये समाज संस्करण विद्युत आयी है। ऐसी जो इसका इष्ट है वे साड़े या बिने गये राजनीतिक्षय का चूक्ति ही एसे इसका

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery ਅਤੇ ਦਿਨ ਵਿੱਚ	 Dr. Chansanjay Gill MBBS, MS MCH & Research Centre	Shib Sankar Bagchi Director Savitri Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) ਸ਼ਿਬ ਸਾਂਕਰ ਬਾਗਚੀ ਸਾਵਿਤ੍ਰੀ ਆਈ ਫੌਨਡੇਸ਼ਨ ਏਂਡ ਰਿਸਰਚ ਸੈਂਟਰ
20/12/18		

Digitized by KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इकाई ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इकाई 2
	