

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0110/2303
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 05.01.2019
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम:
RASHMANI DEVI PASUAN

AGE-YEARS वय-वर्ष
50
SEX लिंग
F

FATHER/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम:
MAHENDRA PASUAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास स्थान का पाल
5/2 PHILDEE LANE, BOWBazar, KOLKATA -
700012 WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वास स्थान का पाल
AS ABOVE.



OCCUPATION: वास्तविक
HOUSE WIFE

MARRIED (मिहिर) / UNMARRIED (मिहिरिन)

TOTAL ANNUAL INCOME: मूल वार्षिक वय
NIL

(Attach Proof of Income)
(वाय का साक्षण प्रमाण)

PAN No. वाई लोड संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप जाप कर रहे हैं (जो वाय को उस पर गती का विभान लाते हैं):

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	RASHMANI DEVI PASUAN	50	F	SELF
2.	SHYAMAL PASUAN	62	M	HUSBAND
3.	JITEN PASUAN	20	M	SON
4.	SHIKHA PASUAN	00	M	SON
5.	SURENDRA PASUAN	06	M	SON
6.	SURENDRA PASUAN	03	M	SON
7.	POONAM DEVI	10	F	DAUGHTER
8.	PUSA PASUAN	11	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए चिन्हित करें:

BPL Card (Attach Card Copy) प्रधानी लोड के लिए प्रयोग वाय (प्रयोग वाय की साथ चिह्न संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उच्च अप की प्रयोग वाय (प्रयोग वाय की साथ चिह्न संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपर्योग कार्ड (प्रयोग वाय की साथ चिह्न संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य की वजह
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विवरों का उत्तराय:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से लायी चीज़ चिकित्सा रिपोर्ट सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATHARCO - LE
2.	SURGERY - LE (STCS + TAC)

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उत्तराय के हेतु कोई अन्य सहायता किसी रूप से कितों से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED इसे गई सहायता कीमत

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन द्वारा:

- 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.
- 4) मैं यहां पर्याप्त हूँ कि यह जानकारी मेरे ज्ञान के समान है। यह जानकारी को अनुमति देने का अधिकारी है। यह जानकारी को अनुमति देने का अधिकारी है।
- 5) मैं इस बाबत पर्याप्त हूँ कि मेरे ज्ञान के समान है। यह जानकारी को अनुमति देने का अधिकारी है। यह जानकारी को अनुमति देने का अधिकारी है।
- 6) मैं यहां पर्याप्त हूँ कि यह जानकारी मेरे ज्ञान के समान है। यह जानकारी को अनुमति देने का अधिकारी है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन करना)

- 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 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 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.
- 3) इस चारों पर अप्लिकेशन का अधिकारी को युवा काल में "कोशिका प्राप्तिकरण की उपलब्धि अधिकारी" को अनुमति देना है। यह अधिकारी अप्लिकेशन का अधिकारी है। यह "कोशिका" एवं नामी, जन्म, वयक्तिका दृष्टि गतिशील में युवी अधिकारी को अनुमति देने का अधिकारी है।
- 4) मैं (अप्लिकेशन) इस बाबत पर्याप्त हूँ कि मेरे ज्ञान, यथा, जोड़े और विवरण जो मेरे ज्ञानकारी के अनुमति देने के लिए दृष्टि दिया गया था, यह जानकारी को अनुमति देने का अधिकारी है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेशन के अधिकारी का नाम



AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल का अधिकारी)

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.

यहां अनुमति, अस्पताल की ओर से याचिकारी को "कोशिका प्राप्तिकरण" में विद्यमान हुए विवरों को देते हैं, जिसे इन (अस्पताल) निम्न प्रकार से जान व अधिकार देते हैं:

- 1) यह कि वे अधिकारी जो न हो विद्यमान में विद्यमान विवरों को याचिकारी को अनुमति देते हैं वह अपने ज्ञानकारी के अनुमति देने का अधिकारी है। यह कि वे इन "कोशिका प्राप्तिकरण" में विद्यमान विवरों को अनुमति देने का अधिकारी है। यह कि "कोशिका प्राप्तिकरण" इस जानकारी विद्यमान विवरों को अनुमति देने का अधिकारी है। यह कि वे इन विवरों को अनुमति देने का अधिकारी है। यह कि वे इन विवरों को अनुमति देने का अधिकारी है। यह कि वे इन विवरों को अनुमति देने का अधिकारी है।
- 2) "कोशिका प्राप्तिकरण" में दी गई जानकारी को अनुमति देने की ओर से अस्पताल की ओर से याचिकारी को अनुमति देने का अधिकारी है। यह कि वे इन विवरों को अनुमति देने का अधिकारी है। यह कि वे इन विवरों को अनुमति देने का अधिकारी है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संभवति**

Date of Surgery
अप्लिकेशन की तिथि
05-01-2019

Dr. Shubhankar Nag
M.S., M.Ch. (OPHTH)
Regd. No. 65656
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
काशी नग डॉ नाम का अस्पताल नं. ६५६५६

Shib Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नग का अस्पताल अधिकारी अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अन्तर्राजीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी अस्पताल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी अस्पताल 2