

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0119/2301
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 08/01/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : LAXMI DUTTA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 76

SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MAYAMATHA KUMAR SEN
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

21/3m ANANDA MATH DEVI LANE, BELURCHIA
ROLKATA 700058 WEST BANGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION : HOME MAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्या है/ नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / 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	LAXMI DUTTA	76	F	SELF
2	MAYAMATHA DUTTA	54	M	SON
3	SUBHILA RAMAN DUTTA	50	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का चिपे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का 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 किये गये वित्तीय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS CATARACT- RE.
2	SURGERY- RE (SIC-101)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **ਸਰੋਤ ਦੁ ਸੰਘੇ ਟੀ:**

- 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 KashiKa 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 पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण अथवा आंशिक रूप से गलत या झूठा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशिका फाउन्डेशन", से मिली जा सकने वाली सहायता केवल उसी उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि, या इस राशि का आंशिक या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach pp 4-10)

- 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/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 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा छापना इस प्रकार है (आवेदक) अपनी सहमति को प्रकट करता है कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता है कि वेग नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिए इच्छा है। इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर करने के लिए अधिकृत है। वेग नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रसारित करने के लिए इच्छा है। प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रसारित करने के लिए इच्छा है। प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर करने के लिए अधिकृत है। प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

andrew at gmail on april 24, 2014



AGREEMENT by HOSPITAL (बिस्मिल्लाह हुसैन)

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.

इससे अधिकतर इलाकों की ओर से मतदानकर्ताओं को "कोविड का परामर्श" से विविध सहायता हेतु निमन्त्रित की जाती है, जिसे इस (इन्फो) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित सहायक किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त लेखापालता में लगे या ले लेंगे हैं, जैसे कि अपने "कोलिका पाठ-देखान" से शिक्षण/विकासिता उक्त को सहायक में "कोलिका पाठ-देखान" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोलिका पाठ-देखान" द्वारा सहायक विधि शिक्षण/विकासिता हेतु मधुर नहीं किया जाता है तो सहायक किसी अन्य भी साकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायक शिक्षण गहरा उक्त लेखापालता हेतु किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोलिका पाठ-देखान" से लगे या सहायक कोलिका शिक्षण इच्छा की है। लेने या इच्छाता द्वारा ही यह सहायक या किने लगे उपकरण/क्रिया का प्रयोग लेने एवं इच्छाता को बीच का विधान है और "कोलिका पाठ-देखान" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये इच्छाता में लेने को इच्छाता सुरक्षित और अपने जाने को सही विनियमों लेने एवं इच्छाता को छोटी और "कोलिका" को कोई अधिका या विनियमों इस सहायक में नहीं छोटी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वातंत्र्य के लिए संघर्ष

Date of Surgery अस्त्रोत्तर की तारीख 08-01-2019	 Dr. Anshya Das MBBS, MS Reg. No. - 69372 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व उद्दिष्ट	 Dr. Anshya Das Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व उद्दिष्ट
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्द्रधर 2
	