

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0119/2431

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10.01.2019

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

ARATI SAMADDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

DHIRAJ MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

ASHOKNAGAR KALYANAGAR MAMICKTALA, NORTH-
24 PALGHATAS 743263 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

DOMESTIC HELP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS- 900 x 12 = 10,800/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	ARATI SAMADDAR	56	F	SELF
2.	DHIREN SAMADDAR	58	M	HUSBAND
3.	NAMEKA MONDAL	34	F	DAUGHTER
4.	ANITA MAJUMDAR	30	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/दवाखुरा से कारी की गई प्रमाणित प्रतियां
1.	DIABETOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGICAL - RE (SARS + 100)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: **জানকি দেবী**

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रकार मैं दिने एवं राखे विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी छात्रावधि निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में पर्यटन है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी छात्रावधि से या अन्यत्र से इस प्रकार की राशि नहीं ले रहा हूँ और मैं भविष्य में भी नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to WFO)

- 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-on-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 प्रश्न का उत्तर इसलिए या जोड़ें की जानकारी, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" दान्त्रिकी, रक्त, स्वास्थ्य के लिए इलाज से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को तैयार करने के लिए प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण भी इसलिए के कारण यह कहने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व अन्य अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को कि कौनसे के डॉक्टरों से मिले हैं मुझे स्वतः ज्ञातता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दान्त्रिकी उपचारों के निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

indien de wettelijke bepalingen niet anders luiden.



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 200 400)

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, इलाहाबादी की ओर से सम्बन्धितों की "कोशिका परामर्शना" से विभिन्न सहायता हेतु निवर्तित की जाती है, जिसे इन (इलाहाबादी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही सर्वजन में विविध आकांक्षा किसी एक आकांक्षी संस्करण या किसी अन्य प्रकार से उन्मादी-प्राप्तियों में लगे या हो गई है, जैसे कि इनमें "बौद्धिक आकांक्षी" या विविधता-विशिष्ट उन्माद के सम्बन्ध में "बौद्धिक आकांक्षी" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "बौद्धिक आकांक्षी" द्वारा आकांक्षा विविधता अतिरिक्त/अत्यन्त हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है तो अत्यन्त किसी अन्य एक आकांक्षी संस्करण या किसी अन्य संस्करण से आकांक्षा लेने का अधिकतर सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्त विविध गहरा उन्मादी-प्राप्तियों हेतु किसी एक आकांक्षी संस्करण या किसी अन्य संस्करण से नहीं होना-सोना।
2. "बौद्धिक आकांक्षी" से जो सर्व आकांक्षा को प्राप्त करता है। लेने या इच्छाओं द्वारा ही सर्व आकांक्षा या किने गये उन्मादी/अतिरिक्त या प्रयुक्त लेने एवं इच्छाओं के बीच का विचार है और "बौद्धिक आकांक्षी" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नहीं है। इसीलिए इच्छाओं में लेने के द्वारा सुख और अन्य जाने की सभी विच्छेदों लेने एवं इच्छाओं को लेने और "बौद्धिक" को कोई दायर या विच्छेदों इस प्रकार में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संजीवनी के लिए संस्था

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 10-01-2019	Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DNB, FRCS Reg. No.-50971 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व एच. नं. 	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इनकास्ट अधिकृत अधिकारी 
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती बाबाजी	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती बाबाजी
	