

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2531

APPLICATION DATE: 14-01-2019

NAME of APPLICANT: SUBAL BAURI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JHULAN BAURI

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

TILURI, SALTARA, BANGKURA, #29163, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: UNEMPLOYED

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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.	SUBAL BAURI	71	M	SELF
2.	REKHA BAURI	40	F	WIFE
3.	SHAKTI BAURI	33	M	SON
4.	MAHAB BAURI	26	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग 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 किसे करने विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATHETER - LE
2.	SURGERY - LE (STENT - FOL)

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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **जॉन डी वॉन एन:**

- 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 कबल दूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता एतः "कोशिका फाउन्डेशन", से ही वांछी है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में मांगी गई है।
- 3) मैं यहाँ कबल दूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रत्येक की नहीं है, इस एतः कि यह व्यक्ति या प्रकृत विना किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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 प्रकार का करने इसका या अपने की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) यहाँ सम्पत्ति की मुद्रा बात है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्वासीयों" को अधिकृत बात है कि वेद नाम, पता, फोटो और के विवरण इस प्रकार में अधिकृत है, इसे "कोशिका" एवम् त्वासी, नाम, बाकबात एतल उद्देश्य से मुद्रा वार्डिबिर्धों और एलर्बिर्धों के लिने किसी भी प्रकार बाधन से प्रकाश करने में लिम् अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे इलाज के पारले का बात् में करने में लिम् "कोशिका फाउंडेशन" व त्वासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात में बाधन है कि वेद नाम, पता, फोटो और विवरण को कि बाधन से उद्देश्य से अधिकृत है मुझे बात: बाधन का इकरा यही बात। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्वासीयों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

ਸਰੋਤ: ਭੀ ਗੁਰਮਤ ਨਾ ਸੰਗੇ ਆ ਸਿਰਫ



AGREEMENT by HOSPITAL (WASH DC MET)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 स्पष्ट है कि इस प्रकार की योजनाओं को "कॉरिडोर प्रोजेक्ट्स" के विभिन्न चरणों में निष्पत्ति दी जाती है, जिसे हम (अनुसार) नियम प्रकाश से मान्य न समझ सकते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में शिष्टिण आचरण किन्हीं कि आचारों सम्बन्ध या किन्हीं अन्य सन्दर्भ से उक्त टेलीफोनलों में ली जा रहे हैं, वैसी कि इनमें "अतिरिक्त आचार-संकेत" में शिष्टिण/शिष्टिण उक्त के सम्बन्ध में "अतिरिक्त आचार-संकेत" द्वारा गहर हेतु कि है। यही "अतिरिक्त आचार-संकेत" द्वारा आचरण विधि अतिरिक्त/अचरण हेतु समुदा नहीं किया जाता है, जो सम्बन्ध किन्हीं अन्य कि आचारों सम्बन्ध या किन्हीं अन्य सम्बन्ध से सम्बन्ध लेने का अधिनियम सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्ध शिष्टिण गहर उक्त टेलीफोनलों हेतु किन्हीं कि आचारों सम्बन्ध या किन्हीं अन्य सम्बन्ध से नहीं सम्बन्धी।
2. "अतिरिक्त आचार-संकेत" से ली गई सम्बन्ध केवल शिष्टिण प्रकृति की है। ऐसे या सम्बन्ध द्वारा ही यह सम्बन्ध या किन्हीं अन्य सम्बन्ध/अचरण का प्रारम्भ टेली एवं सम्बन्ध के बीच का सम्बन्ध है और "अतिरिक्त आचार-संकेत" द्वारा किन्हीं उक्त का कोई सम्बन्ध नहीं है। इसलिये सम्बन्ध में टेली के सम्बन्ध सुरक्षित और अन्य अन्य की ली सम्बन्ध टेली एवं सम्बन्ध की टेली और "अतिरिक्त" की कोई सम्बन्ध या सम्बन्ध इस सम्बन्ध में नहीं सम्बन्धी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

कच्चीकच्ची को लिए संयोजन

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14.01.2019	 Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. - 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इन्होका नं. और स्टैम्प	 Shish Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इन्होका अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

मानकीकृत रूपणों में है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્યશ્રી ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્યશ્રી ૨
	