

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/0119/2521

APPLICATION DATE: 15/04/19

NAME of APPLICANT: JHRNA DAS

AGE-YEARS 57 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MATHUR CHANDRA DAS.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

15 DAK DARA LANIN SARANI NIMTA NORTH
DUMTUM NORTH 20 DARGANAH ROAD 47
NBSI MENOM.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -

OCCUPATION: HOME MAKER.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. -

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

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.	JHRNA DAS	57	F	SELF
2.	PRASENJIT DAS	32	M	SON
3.	PRASENJIT DAS	29	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये वित्ति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (JCS + IOL)

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 ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक डे वेनग पा:**

- 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 प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अथवा अलग पाया जाता है तो मेरी लगातार सहाय की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशलिक कर्मचारी", मेरी सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में दर्शाया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से या अन्यत्र से कोई भी राशि नहीं ले रहा हूँ, जो कि मेरी सहायता के लिए आवश्यक है। मैं यह भी बताना हूँ कि मैं इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या किसी अन्य स्रोत से राशि नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (attach and sign)

- 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/print-upreproduce 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 fulfilment 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 जवाब इसकाया या कोई भी कागज लपकवा, मैं (अर्हक) अपनी छाया की छवि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में जोड़ें हैं, उसे "कोशिका" एवम् ग्राहकों, दान, वाचनाय दानों द्वारा मेरी मुद्रा विधिधिधि और उपलब्धियों को लिखें किसी भी प्रकार सम्मान से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ग्राहकों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उपलब्ध से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का इकाया नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् ग्राहकों ग्राहकों का निर्णय अंतिम और सम्माननीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

ਸਮੇਤ ਅੰਕ ਗਣਨਾ ਦੇ ਅੰਤ ਵਿੱਚ



AGREEMENT by HOSPITAL. (हस्ताक्षर प्राप्त करें)

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:

- 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 अतिरिक्त, इसकाही भी और से सम्बन्धित भी "कोशिका प्रारम्भिक" से विभिन्न प्रकार के रंग निर्माण भी करते हैं, जिसे हम (इसका) विभिन्न प्रकार से मान्य व प्रयोग करते हैं।

1. यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित प्रावधान किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उच्च लेव्ही/चार्जों में होने या उसे होने से, जैसी कि इनमें "बॉलिका फार्माटेशन" (बालविकास/बालिका) उच्च में सम्मिलित है "बॉलिका फार्माटेशन" द्वारा गहरा होना कि है। यदि "बॉलिका फार्माटेशन" द्वारा प्रावधान विहित अधिनियम/प्रवधान होना चाहिए कि जिस जगह है तो सम्मिलित किसी अन्य भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से प्रावधान होने या अधिनियम सुनिश्चित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्मिलित द्वितीय गहरा उच्च लेव्ही/चार्जों होना कि है सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से नहीं संग्रहीत/लेवी।
2. "बॉलिका फार्माटेशन" से होने वाले सम्मिलित प्रवृत्ति को है। लेवी या सम्मिलित द्वारा ही यह जगह या दिने गये उपस्था/प्रवृत्ति का मुख्य लेवी एवं सम्मिलित में योग का विषय है और "बॉलिका फार्माटेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये सम्मिलित में लेवी को इलाज सुरक्षा और अन्य जगह को सभी निम्नोपरी लेवी एवं सम्मिलित को लेवी और "बॉलिका" को कोई अधिनियम या निम्नोपरी इस सम्मिलित में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सम्वत् २०७३ चैत्र १० गुरुवार

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/01/19	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व एडि न	Shih Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाकात अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 અચાર્ય જીરાજી ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 અચાર્ય જીરાજી ૨
	