

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0119/2536

APPLICATION DATE: 15/01/19

NAME of APPLICANT: BHARATI NASKAR

AGE-YEARS 54

SEX F

FATHER/SPOUSE'S NAME: PALAN MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

RAJAR BHAI DHAMA ROAD DHAMA
SOUTH 24 PARGANAS JODUPUR WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

- AS ABOVE -

OCCUPATION: DOMESTIC HELP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1000x12 = 12000/-

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

PAN No. रणजीत सिंह

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

Yes / No

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

हाँ / 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	BHARATI NASKAR	54	F	SELF
2	DEHAM NASKAR	55	M	HUSBAND
3	SWAPATI NASKAR	20	M	SON
4	DEEPAN NASKAR	23	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSES - CATARACT-LE
2	SURGERY - LE (SICS+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 लिया गया सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **ਸਰੋਤ ਦਾ ਭਰੋਸਾ ਹੈ:**

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अथवा अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं यह हूँ कि, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में उल्लिखित है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (जारीगण गण करण)

- 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 प्रश्न का उत्तर इसप्रकार या जगहों की रूप संरचना, मैं (अन्वेषक) अपनी प्रवृत्ति की पूर्ण वृत्ति है एवं "बौद्धिक पराधीनता और इससे न्यायी" को अधिकृत करता है कि वेग नम, पार, चोटी और जो विचार इस प्रश्न में बौद्ध है, उसे "बौद्धिक" दण्ड न्यायी, दण, चरकनय एवं उद्देश्य से मुझे विनिर्दिष्ट और उत्तराधिकार को देने बिना भी उत्तर सामान्य से उत्तराधिकार को देने अधिकृत है। जो प्रश्न का विचार की इससे के पहले या बाद में करने को लिए "बौद्धिक पराधीनता" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अन्वेषक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग नम, पार, चोटी और विचार को कि इसप्रकार के उद्देश्यों से प्रवृत्ति है मुझे प्रत्येक; इसप्रकार का उद्देश्य नहीं करता। इस सम्बंध में "बौद्धिक" दण्ड इससे न्यायी का निर्णय अधिक और आवश्यकता होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

[illegible]

AGREEMENT by HOSPITAL (WASH DC) (NOK)

By affixing her/his signature, 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 इस्लामी को जोर से समझाते/पढ़ाते हैं कि "कोशिका अनान्दोलन" से विभिन्न सञ्चालन हेतु विचारों को जारी है, जिसे इन (इस्लामी) विचारों से मान्य व प्रतीकित करते हैं।

- 1) यह कि न तो परिवार और न ही परिवार में विभिन्न सदस्यों किसी भी सामग्री संग्रहण या किसी अन्य उद्देश्य से उक्त ऐप्लिकेशन में लेने या ले खंड है, जैसे कि अपने "कोलिका पाउन्डेशन" से निष्पत्ती/विनिर्दिष्ट उक्त को संग्रहण में "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा संग्रहण विनिर्दिष्ट अधिकृत/अनधिकृत हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो संग्रहण किसी अन्य भी सामग्री संग्रहण या किसी अन्य संग्रहण से संग्रहण लेने का अधिकार प्रदान करता है। इस प्रक्रिया में स्पष्ट कहा जाता है कि संग्रहण प्रक्रिया गहरा उक्त ऐप्लिकेशन हेतु किसी भी सामग्री संग्रहण या किसी अन्य संग्रहण से नहीं लेना/लेना।
2. "कोलिका पाउन्डेशन" से ही यह संग्रहण संग्रहण प्रक्रिया प्रक्रिया को है। ऐप्लिकेशन या संग्रहण द्वारा ही यह संग्रहण या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का प्रयोग ऐप्लिकेशन एवं संग्रहण को संग्रहण या संग्रहण है और "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई उद्देश्य नहीं है। इसलिये संग्रहण में ऐप्लिकेशन संग्रहण और अपने अपने को संग्रहण विनिर्दिष्ट ऐप्लिकेशन एवं संग्रहण को संग्रहण और "कोलिका" को संग्रहण प्रक्रिया या विनिर्दिष्ट इस संग्रहण में नहीं संग्रहण।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संसदीय

Date of Surgery अतिरिक्त की कार्य	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) अतिरिक्त की कार्य व अतिरिक्त की कार्य	Shih Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) अतिरिक्त की कार्य व अतिरिक्त की कार्य
--------------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनुनासिक उपकरण बीड

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्द्रका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्द्रका 2
	