

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0119/2505

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17-01-2019

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

BHARATI MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

74

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

PRABHAS MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

CHAK ABULLA, ANDHAR PRADESH BESHNUPUR
SOUTH 24 PARGANNA 743503, WEST
BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. आय का संचयन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 संबंध
1.	BHARATI MONDAL	74	F	SELF
2.	RAMA MONDAL	51	M	SON
3.	VIJAY MONDAL	48	M	SON
4.	RAMA MONDAL	45	F	DAUGHTER
5.	SANJAY MONDAL	41	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

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

"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.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	BURGERY - RE (ST. C. S. - IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਨੰਦ ਹਰ ਸੋਨਾ ਸ:**

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी अज्ञानता विलक्ष की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का आश्वासन दूँगी "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस अज्ञानता से न तो किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (where not used)

- 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 इसलिए या ओरों की जानकारी के बिना नहीं देना है। मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस प्रश्न में संकेतित हैं, उसे "कोशिका" एम्पलु म्यारी, एन. एच.एस.ए. द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितिओं के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने में सक्षम अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण यह इसलिए है कि यह या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व म्यारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को कि कौनसा भी उद्देश्य से प्रमाणित है मुझे स्वतः सहायता का इन्फार्म नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्पलु उसकी गतिविधि का निर्णय करेगा और आवश्यकता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अपेक्षित की प्रत्यक्षा या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (HAFSAH DOK HOSPITAL)

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.

हमारे अधिकांश हस्ताक्षरों को और से पावरले/लेन को "बोलिवा भाग्यंश" से विभिन्न सहायता हेतु विचारों को जारी है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व समीक्षा करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वोपर और न ही सर्वोपर में विभिन्न अक्षरों के बिना नैतिकता का संसार या किसी अन्य शब्द से उच्च लेखकों के लेखों में लेने या लेने से है, जैसे कि अपने "नैतिकता का संसार" से विभिन्नता/नैतिकता उच्च के संसार में "नैतिकता का संसार" द्वारा गहरा होना कि है। यदि "नैतिकता का संसार" द्वारा अक्षरों के बिना नैतिकता/नैतिकता होना मजबूत नहीं किया जाता है तो अक्षरों के बिना अन्य नैतिकता का संसार या किसी अन्य संसार से अक्षरों लेने का अधिकतम सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अक्षरों के बिना विभिन्न गहरा उच्च लेखकों के लेखों में लेने नैतिकता का संसार या किसी अन्य संसार से नहीं लेना/लेना।
2. "नैतिकता का संसार" से तो सर्व अक्षरों के बिना विभिन्न दृष्टि की है। लेखों या अक्षरों द्वारा ही सर्व अक्षरों या बिना लेने उच्चता/नैतिकता का सुनिश्चित लेखों द्वारा अक्षरों के बिना का विचार है और "नैतिकता का संसार" द्वारा बिना उच्चता का कोई संसार नहीं है। इसीलिए अक्षरों में लेखों के अक्षरों सुनिश्चित और अन्य लेखों की उच्चता/नैतिकता लेखों द्वारा अक्षरों की लेखों और "नैतिकता" की लेखों अक्षरों या अक्षरों द्वारा लेखों में नहीं लेना।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17-01-2019	 Dr. Hari Shankar Nag MBBS, MS, (CPHT) (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डाक्टर हरी शंकर नाग डाक्टर का नाम, रे. नं. डाक्टर का मुहर	 Dr. Anshu Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. अंशु शंकर बागची डॉक्टर का नाम, पद, मुहर
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक्ष उपयोजन हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इनामदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इनामदार 2
	