

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2606

APPLICATION DATE: 17.01.2019

NAME of APPLICANT: USHA SHAW

AGE-YEARS: 64 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ASHOK SHAW

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

MD KALACHAND ROAD, PURBACHAL, 5 BLOCK, DARTMUN
GOLDA BAZAR, NORTH 24 PARAGANA 700111 WEST
BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

MS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न 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 चिह्न 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.	USHA SHAW	64	F	SELF
2.	SURESH SHAW	41	M	SON
3.	SABITRI SHAW	28	F	DAUGHTER
4.	SHAJAY SHAW	25	M	SON
5.	AJAY SHAW	22	M	SON

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DISEASES - PHTHISIS - RE
2.	SURGERY - RE (SISTINAL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त गयी 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: **जारीकर्ता द्वारा घोषणा है:**

- 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक प्रिजेंट को न्यस्त करवाया जायेगा।
- 2) मेरी प्रार्थना है कि सहायक यदि "कोशिका फाउण्डेशन", से भी न्यस्त करवाये, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायक से न्यस्त करवाया नहीं करूँगा, जिससे मैं इस प्रश्न में पूछा गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 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/post-up/produce 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.

- 1) इस प्रश्न पर अपने ज्ञान तथा अपने की सम समझ, मैं (अथवा) अपने समझ की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉलिका पराडिशन और उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि वेद पर, पर, भेद और के विचार इस प्रश्न में संश्लिष्ट हैं, इसे "कॉलिका" एवं न्यायी, पर, समझ पर एवं उद्देश्य से मुझे निमित्तों और उपलब्धियों के लिये किसी भी उच्च समझ से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विचार में ज्ञान के चारों ओर मैं करने के लिए "कॉलिका पराडिशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अथवा) इस बात से सहमत हूँ कि वेद पर, पर, भेद और विचार के बिना समझ के उद्देश्य से प्रभावित है मुझे ज्ञान: समझ का समझ पर भी करता। इस समझ में "कॉलिका" एवं उसके न्यायी का निर्णय अतिम और समझकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आलेखक के द्वारा यह संपूर्ण का निवेदन



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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 अपेक्षा, इलाहाबादी को जेल से बाहरलेखने के "कोशिश पत्राचार" से विविध सहायता हेतु निषेधित भी जाती है, जिसे इन (इलाहाबादी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1. यह कि न तो सर्वोप और न ही अधिकारों के प्रति समानता किसी भी सरकार को संभव है। किसी अन्य संसद से उच्च ऐंटी/पार्लमेंट में लोग या तो खड़े हैं, जैसे कि हमने "कोलिका फाउंडेशन" में विपक्षित/विपक्षी उच्च के समक्ष में "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा समानता विपक्षी अधिकार/समता हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो असमानता किसी अन्य भी सरकारों संभव है। किसी अन्य समानता से असमान होने का अधिकतर सुनिश्चित रहता है। इस धृष्टि में सम्यक कहा जाता है कि असमानता द्वितीय गहरा उच्च ऐंटी/पार्लमेंट हेतु किसी भी सरकारों संभव है। किसी अन्य समानता से नहीं लेना/लेती।
2. "कोलिका फाउंडेशन" से ही सर्व समानता केवल विपक्षी प्रकृति की है। ऐंटी पर इसका मतलब है कि सर्व समानता या विपक्षी गये उपचार/अधिकार का सुपुर्ण ऐंटी एवं इसका मतलब के बीच का विपक्ष है और "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई रहस्य नहीं है। इसीलिए इसका मतलब में ऐंटी के इसका सुपुर्ण और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंटी एवं इसका मतलब की ऐंटी और "कोलिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अर्थीकता के लिए संस्थाएँ

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 17-01-2019	Dr. Pankaj Shankar MBBS, MS, (OPHTH) (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ	Sankar Begchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इत्यादि सहित अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्द्रधर 2
	