

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0119/2013 APPLICATION DATE : 18/01/19

NAME of APPLICANT : RENUKA HALDAR AGE-YEARS 54 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KRISHNA CHANDRA PURAKAYET

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : HANSDHARA NARAYANPUR, GABINDAPUR, HATUBANY SOUTH 24 PARAGANAS 743392, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : DOMESTIC HELP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Re 1200 x 12 = 14400/-

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

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर 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.	RENUKA HALDAR	54	F	SELF
2.	KRISHNA HALDAR	87	M	HUSBAND
3.	SHARMILA KOTAL	91	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/प्रेस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	THROMBOSIS - RE
2.	SURGERY - RE (Sustol)

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

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 शेषतः बताने हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य सत्यता सत्य ज्ञात है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।

2) मैं इस बात का आग्रहपूर्वक प्रति "कीटिका फाउंडेशन", से ही यह सही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया है।

3) मैं पुनः बताने हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस प्रति का व्यर्थता या सफल विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो लिया है और या हो अधिकार में नहीं है।

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/republish 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.

1) इस प्रश्न या अपने इरादों या अपने को छप लगाने, मैं (आलेख) अपनी इच्छा को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फार्मेशन और उसके ग्लोबल" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कोशिका" दायर ग्लोबल, एन. बाबुबाबु द्वारा उद्घरण में मुझे पत्रिचिपिचि और उपलब्धियों को लिखे बिना भी प्रसार सम्मान से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इलाज के करने का कार्य मे करने के लिए "कोशिका फार्मेशन" को ग्लोबल अधिकृत है।

2) मैं (आलेख) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे प्रसार, सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दायर उसमें ग्लोबल का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अभेदक से इच्छा या अंगुष्ठ का निशान



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, इंग्लैंड की ओर से सफलता की "कोशिश फायरबैल" से मिली सफलता से निराशा की जाती है, जिसे हम (इंग्लैंड) फिर प्रसार से बाधित व सीमित करते हैं।

1) यह कि न तो अधिपत और न ही अधिपति के विहित सहायक किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य स्तर से उक्त एंटी-पायनो में लेने या ले खड़े हैं, केरी कि इनने "कॉलिका फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उक्त के सम्बन्ध में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा गदर हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायक हेतु गन्तु नहीं किया जाता है तो अगला किसी अन्य भी साकारी संस्था या किसी अन्य सम्प्रदाय से सहायता लेने या अधिकृत सुविधा उक्त है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला द्वितीय गदर उक्त एंटी-पायनो हेतु किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेनी।

2. "कॉलिका पाइरोलिस" से ही यह अत्यंत तेजस्विनी प्रकृति की है। ऐसी यह इतना तेजस्वी होती है कि वह अपने अपने अत्यंत तेजस्विनी का प्रकाश देती है। इसका अर्थ यह है कि "कॉलिका पाइरोलिस" इस किसी प्रकार का कोई रसक नहीं है। इसलिये इसका नाम ऐसी के द्वारा रखा और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इसका ही होती है। "कॉलिका" को कोई प्रकृति या जिम्मेदारी इस प्रकार में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संसक्ति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/01/19

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
ডক্টর সঙ্কর ব্যগ্চী
ডিরেক্টর
শিশু চিকিৎসা ও গবেষণা কেন্দ্র

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION गन्तविक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

Erasmus

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इम्तयाज 2

1228