

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0110/2650 APPLICATION DATE: 19/01/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MITA NANDI AGE-YEARS: 65 SEX: F
आवेदक का नाम: उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NARAYAN CHANDRA NANDI
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 219 DAKSHIN PARA ROAD, SOUTH DUMDUM,
NORTH 24 PARAGANAH ROAD, NARAI HENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -

OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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.	MITA NANDI	65	F	SELF
2.	NARAYAN NANDI	42	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) प्रतिष्ठित रेशन कार्ड की प्रमाण प्रत (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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये विस्तार का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT LB
2.	SURGERY - LB (SIX MONTH)

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: **ਅਘੋਰ ਸੁਰ ਖੋਲ੍ਹਣਾ 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 बता रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण पत्र में जहाँ जहाँ उल्लेख किया गया है तो सही उल्लेख किया गया है।
- 2) मैं यहाँ पर उल्लेख किया गया है कि मैंने या भविष्य में, इस प्रमाण पत्र में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए इस मदद का उपयोग नहीं करूँगा, जो इस प्रमाण पत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैंने या भविष्य में, इस प्रमाण पत्र में उल्लेख की गई मदद का उपयोग नहीं करूँगा, जो इस प्रमाण पत्र में उल्लेख किया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (interview only)

- 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-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 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 जवाब इसका या जेम्स की ज्ञान लक्ष्य, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'प्राप्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् जेम्स, डॉ. चक्रवर्तु द्वारा उत्प्रेषण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को होने किसी भी प्रकार सामान्य से प्रकाश करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरी इच्छा के पक्षों का मत में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व जेम्स अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रकाशकों उत्प्रेषण से प्रकाशित है कुछ सलाह: साक्षात् का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके 'प्राप्तियों' का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

संस्कृत में प्रयुक्त वा अंगी वा विभक्ति



AGREEMENT by HOSPITAL. (HOSPITAL USE ONLY)

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 they 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 इस्लामीयों को और से पाकिस्तानी को "बांतिबा पाकिस्तान" से विविध सहायता देते निवारित भी जाती है, जिसे इन (इस्लाम) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित प्रावधान किसी भी साकारी संगठन या किसी अन्य प्रांत से उच्च लेखापालों में लगे या ले जा रहे हैं, जैसा कि अपने "बीडिआ प्राइवेट" से निजामाति-निजि उच्च के अध्यक्ष में "बीडिआ प्राइवेट" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "बीडिआ प्राइवेट" द्वारा साधारण विधि अधिकाधिकरण हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अगला किसी अन्य भी साकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से प्रावधान लेने का अधिनियम सुनिश्चित करता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला अधिनियम भरण उच्च लेखापालों हेतु किसी भी साकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेनालेगा।
2. "बीडिआ प्राइवेट" से ले जाई प्रावधान अंश विहित प्रकृति को है। लेने पर इन्फाल्ट द्वारा ले जाई प्रावधान या किने गये उपकरण/प्रतिभा का प्रयोग लेने एवं इन्फाल्ट के बीच का विषय है और "बीडिआ प्राइवेट" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीसे इन्फाल्ट में लेने को इन्फाल्ट सुरक्षा और अपने जाने को जारी बिन्दुएँ लेने एवं इन्फाल्ट को लेने और "बीडिआ" को कोई सुरक्षा या बिन्दुएँ इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

संघीयता के लिए संस्थापि

Date of Surgery अर्जन को तारीख 12/01/19	 Ananjanay Giri MBBS, MS (Name of Dr. & Rego. No. with Stamp) सुसुप्त रोगों के निदान और उपचार केन्द्र	 Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इम्पाउंड अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इम्पाउंड 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इम्पाउंड 2	
		