

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0119/2745

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

23/01/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

BIMALA ADHIKARY

AGE-YEARS वय-वर्ष

72

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

BANSHI ADHIKARY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

BUDGE BUDGE, NARAYANPUR, SURANPUR,
South 24 PARGANAS, HOOGLY, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

- DR ABOVE.



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAINT.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्पष्ट छात्र 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 सम्बन्ध
1.	BIMALA ADHIKARY	72	F	SELF
2.	UJISKA DAS	19	F	DAUGHTER
3.	GOPAL ADHIKARY	46	M	SON
4.	SOMNATH ADHIKARY	44	M	SON
5.	RABIS ADHIKARY	40	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	IMAGINOSES - CATARACT - RE
	SURGERY - RE (STC-104)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 यथेष्ट बता रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे यथेष्टतापूर्वक यह प्रतिबद्धता व्यक्त करता हूँ कि, यदि मुझे सहायता प्राप्त होती है, तो मैं केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इसे प्रयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता की मांग की थी।
- 3) मैं यथेष्टतापूर्वक यह प्रतिबद्धता व्यक्त करता हूँ कि, मैं इस सहायता के अलावा, भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से भी इस सहायता के लिए किसी भी प्रकार की मांग नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (above the word)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छापों को जुड़ते वक़्त हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएन-न्यायी, राज, समन्वयक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सामान्य से प्रशिक्षित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रशिक्षित है जुड़े वक़्त: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएन-उत्तरों के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्तक्षेप या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

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.

इसमें अतिथि, इलाहाबादी की ओर से गणपति-रोली की "कोरिवा गजानंदलन" से विभिन्न सहायता हेतु लिखावट की जाती है, जिसे इन (इलाहाबादी) गुरु प्रसार से मान्य व स्वीकारा जाता है।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही सर्वजन में विविध संप्रदाय किसी एक सामग्री संश्लेषण या किसी अन्य प्रकार से उसका ऐतिहासिकता में लीने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "बौद्धिक सारांश"। विभिन्न/विभिन्न उक्त में सम्मेलन में "बौद्धिक सारांश" द्वारा गहरा संकेत है। यदि "बौद्धिक सारांश" द्वारा सम्मेलन विभिन्न अतिरिक्त/सम्मेलन हेतु सम्मेलन नहीं किया जाता है तो सम्मेलन किसी अन्य एक सामग्री संश्लेषण या किसी अन्य सम्मेलन से सम्मेलन लेने या अतिरिक्त सुनिश्चित होता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्मेलन द्वितीय गहरा उक्त ऐतिहासिकता हेतु किसी एक सामग्री संश्लेषण या किसी अन्य सम्मेलन से नहीं लेना/लेनी।
2. "बौद्धिक सारांश" से ही यह सम्मेलन केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी एक सम्मेलन द्वारा ही यह सम्मेलन या विभिन्न एक सम्मेलन/प्रतिष्ठा का सम्मेलन ऐसी एक सम्मेलन से लेने या विभिन्न है और "बौद्धिक सारांश" द्वारा किसी सम्मेलन का कोई एक सम्मेलन नहीं है। इसीसे सम्मेलन में ऐसी एक सम्मेलन सुनिश्चित और अन्य जाने की सही विभिन्न/ऐसी एक सम्मेलन की लेनी और "बौद्धिक" को कोई अतिरिक्त या विभिन्न/ऐसी एक सम्मेलन में नहीं लेनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

कवीकृती के लिए सम्मति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तिथि 23/01/19	Dr. Dhananjay Giri MBBS, DLS Reg. No. - 60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तेखार व पंजि. नं.	Shih Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इत्यादित्त अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तेखार 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तेखार 2 	