

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0109/2770

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

23/01/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

VED PRAKASH SHAW

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

GOPI SHAW

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

128/2, B.L-13 KAMARUPA EAST BHADRA
KANKINARA NORTH 24 PARAGANA MEDINIPUR
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

व्यवसाय

Rickshaw Puller.

MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs 1300012 = 156001-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. रखाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल 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.	VED PRAKASH SHAW	60	M	SELF
2.	REKHA DEVI	51	F	WIFE
3.	VIKE PRAKASH SHAW	27	M	SON
4.	RAHUL PRAKASH SHAW	26	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- LE
2.	SURGERY- LE (GLS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: **ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਭਾਗ**

- 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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथ अलग बात बताई जाये तो वेही प्रमाणित किया जा सकता है।
- 2) मैं दृढ़ता से गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पर्यंत पर्यंत है।
- 3) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि बिना प्रमाणित हेतु यह प्रत्यक्ष की गई है, इस दावे का अतिरिक्त या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ली जायेगी और न ही भविष्य में ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (initials and date)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्राताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में भौखित है, उसे "कोशिका" एफएन ग्यारी, राय, सम्बन्धित दूरान् उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण भी हस्ताक्षर के पत्रों या सार से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व ग्यारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रश्निका के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एफएन ग्यारीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षा के कारण यह संदेह का विषय

Verfahren ist wie folgt:

AGREEMENT by HOSPITAL. (HOSP DO NOT)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे स्पष्ट है कि "कॉलेजियल" शब्द का अर्थ है "कॉलेजियल"।

- 1) यह कि न तो सर्वमान और न ही अधिकार में विविध सामान्य किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य इकाई से उच्च स्तरित/प्राप्ति में लीने या ले रहे हैं, बल्कि कि अपने "कोरिक्टा फाउन्डेशन" से शिपलिटिफिकेशन उच्च को सम्पन्न में "कोरिक्टा फाउन्डेशन" द्वारा गहरा हो कि है। यदि "कोरिक्टा फाउन्डेशन" द्वारा सामान्य विधि अतिरिक्त/प्राप्ति हो भन्सार नहीं किम ज्ञात है तो सामान्य किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पन्न से सामान्य लेने या अधिकार मुक्ति प्राप्त है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि सामान्य विधि पर उच्च स्तरित/प्राप्ति हो किम न तो सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पन्न से नहीं लेना/लेती।
2. "कोरिक्टा फाउन्डेशन" से ही यह सामान्य संस्था विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इच्छात द्वारा ही यह संस्था या किने गने उपचार/प्रक्रिया का प्रमुख स्तर एवं सम्पन्न को बीच का विषय है और "कोरिक्टा फाउन्डेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई दायन नहीं है। इसीसे इच्छात में स्तर को इच्छात प्रकृति और गने गने की स्तर विधि/प्रति स्तर एवं सम्पन्न को स्तर और "कोरिक्टा" को कोई अधिकार या विधि/प्रति इस सम्पन्न में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिशों के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 22/01/19	Dr. Dhananjay Giri MBBS, MS Regn. No. - 50578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पद, व	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जननीक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2 	