

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0119/2011

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 25/01/19

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: PRANKRISHNA NAIYA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME: SAMBHUATH NAIYA

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MAITID CHAK KALINAGAR SOUTH 29
MARGANAS, WEST BANGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

Yes / No

हां / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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	PRANKRISHNA NAIYA	75	M	SELF
2	PANCHALI NAIYA	69	F	WIFE
3	PUSPA RANI SARDAR	44	F	DAUGHTER
4	PRATULLA NAIYA	41	M	SON
5	PRATIMA SARDAR	38	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित करना

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 किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIABOSIS- CATRACT- LE
2.	SURGERY- LE (SICHTOL)

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 गति सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **अभिनेता एम. जयराज**

- 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 कतार दूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन साबित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे यहाँ पर कतार दूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में दिया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँगी, उस राशि का अधिक या समकाल किराये किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या जो मदद है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (where DIT WUC)

- 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/pull-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 प्रश्न का जवाब इसकाया या जेम्स की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्षी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, चक्रवर्त या दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और प्रकाशित्व के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने में लिप्त अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विषय मेरी इच्छा में रहने का मत में करने के लिप्त "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यर्णी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अमेरिका के इलाका के लोगों का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL (HAF001 020 400)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereto 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 अतिरिक्त, इसकाफ़ी की ओर से गायन/लेखी को "बोशिया गायन-लेखन" से विभिन्न सहायता हेतु नियमित की जाती है, जिसे इन (इकाया) किन प्रकार से प्राप्त व सौंपा करते हैं।

1. यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विशेष उल्लेख किसी भी राजपूत संस्था या किसी अन्य वर्ग से उच्च लेडी/पार्लमेंट में होने या हो रहे हैं, जैसे कि इनमें "बौद्धिक फार्माटेशन" से डिप्लोमा/डिग्री उच्च से सम्बन्ध में "बौद्धिक फार्माटेशन" द्वारा गहरा संकुचन है। यदि "बौद्धिक फार्माटेशन" द्वारा उल्लेख विधि अधिकाधिक संकुचन नहीं किया जाता है तो उल्लेख किसी अन्य भी राजपूत संस्था या किसी अन्य समुदाय से उल्लेख होने का अधिकाधिक सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि उल्लेख विशेष गहरा उच्च लेडी/पार्लमेंट संकुचन के राजपूत संस्था या किसी अन्य समुदाय से नहीं होना चाहिए।
2. "बौद्धिक फार्माटेशन" से ही यह उल्लेख संभव विधि प्रकृति को है। ऐसी या उल्लेख द्वारा ही यह उल्लेख या किने गये उल्लेख/प्रक्रिया का मुख्य लेडी एवं उल्लेख से योग का विषय है और "बौद्धिक फार्माटेशन" द्वारा किसी उल्लेख का कोई उल्लेख नहीं है। इसलिए उल्लेख में लेडी से उल्लेख सुनिश्चित और अन्य अन्य को जारी विधेय/लेडी एवं उल्लेख को जारी और "बौद्धिक" को कोई अधिकाधिक या विधेय/लेडी उल्लेख करने में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संयोजकों के लिए संरचना

Date of Surgery अक्षरों को भरें 25/11/19	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, Ph.D (Eye) FMRF Reg. No. 34786 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	Shashank Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अक्षरों में भरें
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2	
		