

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन क्रमांक :

K/0110/2014

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

25/1/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

ANNADA PANDIT

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

PACHARAM PANDIT

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास पता

MATI SARDAR & PANDIT PARA SANKTAJAHAN
KULTALI, SOUTH 24 PARGANAS,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. : राष्ट्रीय कर पहचान संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो पान हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No

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.	ANNADA PANDIT	75	M	SELF
2.	SUMITA PANDIT	68	F	WIFE
3.	SAMADEB PANDIT	46	M	SON
4.	KAPURTI MAYA	43	F	DAUGHTER
5.	SANDESA SARDAR	80	F	DAUGHTER
6.	HANURAM PANDIT	57	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न 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 किसे मने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई उल्लेखित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस हेतु सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोच्च न्यायालय

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताना सच प्रमाण है तो मेरी प्रार्थना सिद्ध हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का आश्वासन दूँगा कि "कोशिका फाउन्डेशन", को जो राशि दी जायेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में वर्णित है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का समीक या समत विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से या जो राशि है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach one copy)

- 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/print-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 ढर्रे पर मेरे हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ इस फॉर्म पर, मैं (आवेदक) यहाँ से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करने हैं कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस ढर्रे पर से प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" नाम, पता, सम्पर्क के द्वारा प्रचारित से मुझे निजीकरण और प्रकाशित करने के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे ढर्रे पर मेरे विषय मेरे हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व इसके अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि प्रकाशित के द्वारा से प्रकाशित है मुझे स्वतः: सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" नाम इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

aplicarea de gaze pe scară largă

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 同意 書)

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 it 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.

क्या जलियाँ बाग़ीची की ओर से साफ़ायेगी जो "बोशिया फ़ाइनल" से मिली राख़ाल से निपटारा भी करेगी है, जिसे हम (इम्पेराल) गिन प्रकाश से धन्य व सौभाग्य करेगी है।

- 1) यह कि न तो जीवन और न ही अधिन में विविध साक्ष्य किसी नै साक्ष्यी संभव या किसी अन्य उद्योग से उभर लेईयाएली में लेने या ले रहे हैं, केरी कि इनने "बौद्धिक सार्वभौमिकता" से विपरीत/विपरीत उभर ले संभव में "बौद्धिक सार्वभौमिकता" उभर मर रहे कि है। यदि "बौद्धिक सार्वभौमिकता" उभर साक्ष्य किसी अधिकाधिकतर रहे मनुष्य की किम जल है तो साक्ष्य किसी अन्य नै साक्ष्यी संभव या किसी अन्य साक्ष्य से उभर लेने का अधिकाधिकतर उभर रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जात है कि साक्ष्य उभर मर उभर लेईयाएली रहे किसी नै साक्ष्यी संभव या किसी अन्य साक्ष्य से नहीं लेने/लेती।
2. "बौद्धिक सार्वभौमिकता" से ले नै साक्ष्य संभव विविध उभरती की है। लेने नै उभरता उभर ले नै साक्ष्य या किने नै उभर/उभरता का उभर लेने एवं उभरता से उभर का उभर है और "बौद्धिक सार्वभौमिकता" उभर किसी उभर का उभर उभर लेती है। उभरने उभरता में लेने से उभर उभर और उभर लेने की उभर विपरीत लेने एवं उभरता को उभर ले और "बौद्धिक" को उभर अधिका या विपरीत उभर साक्ष्य में नहीं उभरती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिश के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंशदान की तारीख 25/01/19		Dr. Alok Agrawal MD, MS, PhD (ENT) FRCR Reg. No. 123456 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व एच. ए.		Dr. Shashi Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसकात अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इसकात 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इसकात 2		
					