

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No.:

K/0119/2819

APPLICATION DATE:

25/01/19

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

SUBHADRA NASKAR

AGE-YEARS अनु-वर्ष

80

SEX लिंग

F

आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

PALTU NASKAR

पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

BAINCHALA DAKSHIN PARA ROAD-58,
TILJALA, SOUTH 24 PARGANAS,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION:

HOME MAKER

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

NIL

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. जारी रखें संलग्न

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो सत्य हो उस पर चिह्न काटें)

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SUBHADRA NASKAR	80	F	SELF
2.	MOHAN NASKAR	52	M	SON
3.	NAVAN NASKAR	55	M	SON
4.	SHAMELA GHOSH	53	F	DAUGHTER
5.	BRUNJA NASKAR	50	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने निम्न 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(SIC37101)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त मया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: अर्जित प्रमाणित करता हूँ:

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्णतया झूठ या गलत है तो मेरी प्रार्थना निराश हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का आग्रह धरता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग मेरी प्रार्थना की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में वर्णित है।
- 3) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि मैं इस प्रार्थना से पहले या भविष्य में नहीं, इस राशि का अधिक या कम किसी और स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 ढर्रे पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा छापकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्षी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस ढर्रे पर जो घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, यात्रा, कार्यक्रम द्वारा, उत्सवों से मुद्रा विनिर्माण और प्रदर्शनों में लिखे बिना भी प्रसारण करने में सक्षम अधिकृत है। वे इसका उपयोग मेरे विषय में प्रसारण के पक्षों पर कर के बिना "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण की बिना प्रसारण के उत्सवों में प्रविष्टि है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकांश वृक्षों में लंबे वृक्षों का प्रचुर



AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH IS 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 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 इस्लामी की ओर से समर्थन/सहरी को "कोशिका परामर्श" से निमित्त समर्थन हेतु शिवाजी की जाती है, जिसे इन (इस्लामी) विन प्रकाश से मान्य व स्वीकारा जाता है।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित साक्ष्यता किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य निकाय से उक्त ऐंटी-कॉर्पोरेशन में होने या होना है, बल्कि कि इनमें "कोलिका पायानेटोस" से निर्धारित/विहित उक्त के सम्बन्ध में "कोलिका पायानेटोस" द्वारा मगर हेतु कि है। यदि "कोलिका पायानेटोस" द्वारा साक्ष्यता किसी अधिकार/सम्बन्ध हेतु मन्त्रा नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से साक्ष्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मगर उक्त ऐंटी-कॉर्पोरेशन हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोलिका पायानेटोस" से ही यह साक्ष्यता केवल विहित प्रकृति की है। ऐंटी या इन्फेक्शन द्वारा ही यह साक्ष्यता या किने एवं उपचार/प्रक्रिया का प्रथम ऐंटी एवं इन्फेक्शन के बीच का रिश्ता है और "कोलिका पायानेटोस" द्वारा किसी प्रस्ताव का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इन्फेक्शन में ऐंटी के इन्फेक्शन सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंटी एवं इन्फेक्शन की होती और "कोलिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वाध्यायी के लिए संसुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/04/19	Dr. Alokh Agrawal MBBS, MSc, PhD, FRCS, FRCOphth (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका का रजि. नं.	Dr. Anil Senkar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका के अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरीक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इलाका 2
		