

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : K/0219/3250
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 13/8/19
आवेदन तिथि :NAME of APPLICANT : RADHIKA NASKAR
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग

57 F.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NIRANJAN NASKAR
पिता/स्त्री का नाम

Koshika
foundation
Building block of life.
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पाल
TAPARAT ISHWAR MAGRAHAT II, BARUTIPUR,
SOUTH 24 PARGANAS, 743610 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पाल

-AS ABOVE-

OCCUPATION : DOMESTIC HELP
अवस्थाTOTAL ANNUAL INCOME : RS. [५५० X १२ = ६६००/-]
कुल वार्षिक आय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

(Attach Proof of Income)
(आय का सब्द संतुष्ट)

PAN No. स्थाई संख्या संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप जाप कर दाता हो (यो मान्य हो उस पर मही का निशान लगाये)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.	RADHIKA NASKAR	57	F	SELF
2.	NIRANJAN NASKAR	62	M	HUSBAND
3.	SANTOSH NASKAR	33	M	SON
4.	PARRATI NASKAR	30	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनाशित उद्देशBPL Card
(Attach Card Copy)
गटीबी रेल के नीचे प्रधान पत्र
(प्रधान पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
जल्द अप भर्ड इशान पत्र
(प्रधान पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)Ration Card
(Attach Copy)
उपरोक्त कार्ड
(प्रधान पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई साथ"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये नये विनाशी का उद्देश्य:Sr. No.
क्रम संख्याMedical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1. DIAGNOSIS - CATARACT - LE

2. SURGERY - LE (SICS - ETOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?Sr. No.
क्रम संख्याNAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नामAMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED
स्थीर गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: अवैरेक द्वारा पोका पर:

- 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.
- 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.
- 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 प्रकाश करता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण ऐसे कारण अलग चाल जाता है तो ऐसी सामाजिक विवरण की ओर बदलता है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता दी गयी "कोशिका फाउंडेशन", से तो वह भी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्णता के लिये विद्युत जापेगा, जो इस प्रकाश में था वह है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विवरण सहायता देने वाली अन्य संगठनोंने कामगारी से न तो विद्युत है और न ही विद्युत में लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवैरेक द्वारा कराया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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 प्रकाश पर अपने इस्तमाता का अंगठी की छाप साझेकरण, नै (अवैरेक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीनों" को अधिकृत करता हूँ कि ये यह यथा, यसके बाहर यह विवरण इस प्रकाश में प्रसिद्ध है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, द्वारा, वापसीकरण द्वारा उद्देश्य में कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये विद्युत या प्राचीर सामग्री से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्राचीर का विवरण में इसका कोई विवरण नहीं किया गया है एवं उसके बाहर यह विवरण को उद्देश्यों से जोड़ता है। यह अधिकृत करता है कि यह विवरण को उद्देश्यों से जोड़ता है।
- 2) मैं (अवैरेक) इस बात से सहमत हूँ कि ये यथा, यसके बाहर यह विवरण जो कि यह विवरण को उद्देश्यों से जोड़ता है, यह अधिकृत करता है कि यह विवरण को उद्देश्यों से जोड़ता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवैरेक के इस्तमाता को आगे देखें।



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पत्ता द्वारा कराया)

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:

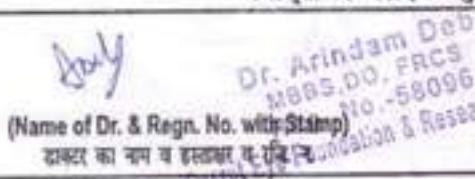
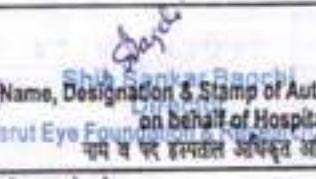
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इस्तमाता की ओर से यापनकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण साझाता है कि विवरण की जाती है, जिसे हम (इस्पत्ता) ने इस प्रकाश में यथा व स्वीकृत करते हैं।

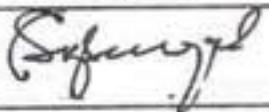
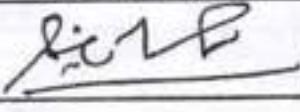
- 1) यह कि न हो क्षमता और व ही व्यक्ति वे विवरण साझाता किया गया है जो उसका अधिकारी है विवरण का विवरण से उसके योग्यतावाले वे संगेय को से रहते हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणित/विवरित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भरत देश में किया गया है तो अस्पत्ता विवरण भी उसका अधिकारी है और साथकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से साझाता होने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुष्टि में स्वयं कहा जाता है कि अस्पत्ता द्वारा उपलब्धता देता है विवरण नहीं किया गया है और साथकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं संभव होती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो नहीं गर्म सहायता देवता विवरण प्रदृढ़ित की है। उनीं पर इस्पत्ता द्वारा ये दिये गये उपचार/उपचार का चुकाव देने वाले एवं इस इस्पत्ता के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियी गयी कार्रवाई का कोई रखाय नहीं है। इसलिये इस्पत्ता में दोनों के इसका सुझा और आवेदन की सही विवरणोंपर नहीं इस इस्पत्ता की कोई भूमिका या विवरणोंपर इस विवरण में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति**

Date of Surgery अंगोत्तर की तिथि 13/2/19	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दाक्तर का नाम व इस्तमाता का नाम	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Shri Sankar Battacharya नाम व पद इस्पत्ता अधिकारी अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तमाता 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तमाता 2 
--	---