

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता ढेतू आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

K/0619/0695

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि:

26/06/19

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

CHANDANA BISWAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पितृ/स्त्री का नाम

DHAREN BISWAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: काँडेल जात्यांची पत्ता

JAYGRAM MINAKHAN - NORTH 24 PARGANAS
713425, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई जात्यांची पत्ता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: व्यवहार

HOME MAKER

MARRIED (मिश्रित) / UNMARRIED (अमिश्रित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

RS 1900 X 12 = 22800/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साप्त दस्तावेज़)

PAN No. ज्ञानी सात संक्षेप

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
ज्ञानी आय आव फर दरत है (जो मान्य हो उस पर सही का निश्चय स्पष्ट हो)

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.	CHANDANA BISWAS	57	F	SELF
2.	SANJAY BISWAS	31	M	SON
3.	RABIN BISWAS	23	M	SON
4.	SUCHITRA MINIMAL	20	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियोग आवश्यक

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गटीबी रेखा के नीचे इच्छा पत्र (इच्छा पत्र को ज्ञान भरी संलग्न करें)	अल्प अव भरी इच्छा पत्र (इच्छा पत्र को ज्ञान भरी संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (इच्छा पत्र को ज्ञान भरी संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हास्पिट से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SVRHECTY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीकृत से लिया गया है?

Sc. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीकृत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशी



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संक्षेप में:

- 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 परेश कहता हूं कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सभी जानकारी के अनुसार सत्य रख रहे हैं। परेश कोई विवाह एवं कापन आदि साथ काम है तो मैंने सामाजिक नियम की बाबत की है।
- 2) मैं द्वारा जी सामाजिक "कोशिका फाउंडेशन", में भी वह चाहता है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार में भए गए हैं।
- 3) मैं पुराने काम हूं कि इस सामाजिक उंतु वाले प्रबन्ध को चाहता है, उस चाहत का अधिकार या सकल विस्तृत विभिन्न अन्य सामाजिक संस्थाओं से न हो लिया है और न ही परिवार में दृष्टि।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)

1) 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.

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 in regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकार मैं अपने डस्टलार या अपने पाले जारी रखना करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके जानकारों "को अधिकृत करता हूं कि मैंने काम, जह, खोटे और जी विवरण इस प्रकार में चेतावित है, उसे "कोशिका" एवं नामों, दान, सामाजिक दूसरे उद्देश्य से जुड़ी परिविवरण और उपलब्धियों के लिए कियो भी प्रकार व्याप्ति में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रत्येक वार में इसका ये व्याप्ति या बदले के बदले में लिए "कोशिका फाउंडेशन" या नामों अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस चाहत से सामाजिक उंतु वाले विवरण को जिस सामाजिक उद्देश्य से जुड़ी परिविवरण में दृष्टि रखता रहा। सामाजिक उद्देश्य का इकाया नहीं बदलता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके जानकारों का निर्णय अद्वितीय और सामाजिक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के इसकार या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्मतात द्वारा करता)

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.

इसी अधिकृत, इसकारी को अंगूठे से लापत्तीर्थी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सामाजिक उंतु विवरण को चाहता है, जिसे हम (इस्मतात) इस प्रकार से छवि या स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम तो बहुत और न ही व्यक्ति या विविध सामाजिक विभिन्न द्वारा उपलब्धियों में से भी या से भी है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविधान्वित उंतु के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान होता है। परेश "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सामाजिक विवरण अंतिकारक उंतु में सम्भव नहीं किया जाता है तो अन्यान्य विवरण भी यही रासायनिक संस्था या विभिन्न अन्य सम्बन्धित संस्थानों से सामाजिक उंतु का अंतिकारक उपलब्ध नहीं है। इस पुराने में स्वयं कहा जाता है कि अन्यान्य उंतु एवं उपलब्ध उंतु की विवरण भी यही रासायनिक संस्था या विभिन्न अन्य सम्बन्धित संस्थानों में नहीं होती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही नहीं सामाजिक उंतु विवरण प्रदूषित भी है। ऐसी पर इसकार द्वारा ये वर्ष सामाजिक विवरण का चुनौती देनी एवं इसकार की बोधवाली का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विभिन्न प्रकार का चोरी व्याप नहीं है। इसकिये इसकार में देखी के इसका सुना और अपने चाहे भी सभी विवरणोंही ऐसी एवं इसकार की होती है और "कोशिका" यों कोई भूमिका या विवरणोंही इस उंतु की में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्थानी

Date of Surgery अंगूठी की तारीख 26/06/19	Dr. Atok Agarwal MBBS, MS, PhD(Eye), FMRF, FSNEC Reg. No.-34786 Savitri Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दालान का नाम या इस्मतात का नाम, प.
---	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इस्मतात 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इस्मतात 2