

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभास)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

K/0719/0600

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि:

02/07/19

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

KESHITA KAHAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष
71

SEX लिंग
M

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

TUFARI KAHAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तविक आवासीय पता
Uttar Champapurur, Purkhapatra, Basirhat,
North 24 Parganas 743201 West Bengal

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वयं आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:
अवलोकन

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

Rs - 2700 x 12 = 25200

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष चिन्हन)

PAN No. स्ट्रीट खाते संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप अम्य कर दाता है (जो मात्र हो उस वर मात्र का नियम हमारे)

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.	KESHITA KAHAR	71	M	SELF
2.	NIWAVILALA KAHAR	66	F	WIFE
3.	SAYYAMAL KAHAR	63	M	SON
4.	SHALU KAHAR	40	M	SON
5.	ANUMA KAHAR	36	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ्य
गर्भी रेता के नीचे प्रदायन पत्र (प्रदायन पत्र को साथ छोड़ दें)	अल्प सायर पर्स इनाम पत्र (इनाम पत्र को साथ छोड़ दें)	उपभोक्ता कार्ड (इनाम पत्र को साथ छोड़ दें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से लाए गए गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE	
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)	

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता रकम

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेटर द्वारा घोषणा पत्रः

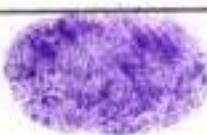
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 घोषणा करता हूं कि इस घोषणा में दिये गये यादी विवरण से जानकारी के मनुष्य सभ्य एवं जाति है। यह, कोई विवरण एवं काम असत्य या भ्राता है तो मैं यह सहमति निश्चय की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जौह सहमति "कोशिका फाउंडेशन", से जाति या जाती है, उसका उपर्युक्त डॉक्टर की पूर्ण के लिये विवरण कार्यालय, जो इस प्रकार में पढ़ा पाया है।
- 3) मैं पूर्ण काम हूं कि विवरण सहमति द्वारा पढ़ा पाया की गई है, उस याति का अधिकार या सहमति विवरण की अवधि अनुसार सहमति द्वारा दिया जाने से बेरुत तो लिया है और न ही विवरण में हूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेटर द्वारा करार)

- 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार या अप्लिकेटर की जाति सहमति की पूर्ण काम हूं तर्क "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामों से" को अधिकृत करता हूं कि मैं यह यथा, यथा, फौटो और जो विवरण इस प्रकार में दीर्घिता है, उसे "कोशिका" एवं नामों, दान, वापकाच एवं उदारता से उदारता या नामों विवरण करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रति या विवरण में इतना या वहाँ से खाली या बाहर से कामों के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लिकेटर) इस याति से सहमति हूं कि मैं यह यथा, यथा, फौटो और विवरण जो कि सहमति को उदारता से दीर्घिता है मुझे सहमति द्वारा याति का उदारता या नामों सहमति में "कोशिका" एवं उसके नामों से का विवरण अधिकृत और अनुमति दी गई।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेटर के इसकारा या अंगूठे का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

हाँ। अधिकृत, इसकारों को जैर से यादानुसारी को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहमति है जो याति है, जिसे मैं (हस्पताल) विवरण या यथा या सहमति करता हूं।

1) यह कि जे तो चाहिए और न ही विवरण में विवरण सहमति किसी या याति सहमति से उत्तम उपलब्धियां ये लेने या से रखे हैं, वैसे कि इसमें "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण/विवरण करने के समय में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा परद देता है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहमति विवरण अधिकृत सहमति है तो असम्भव है कि असम्भव द्वितीय परद उसा उपलब्धियां देता है। यह पूर्ण में समर्पित करता है कि असम्भव द्वितीय परद उसा उपलब्धियां देता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहमति योग्य विवरण प्रदूषित की गई है। योग्य पर इसकारा द्वारा ही यह सहमति या विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का बोर्ड या बोर्ड सहमति नहीं है। इसलिये इसकारा में योग्य के इतना सुरक्षा और बहुत जाने याति विवरण है योग्य इसकारा की हाँ। और "कोशिका" को योग्य प्रमिया या विवरण है इस याति में जारी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Nalinakshi नामकीनी के लिए संक्षिप्ति

SMS Ganga Begali

MBBS, DGO, DMRC
Reg. No. - 63729

Director

Eyesat Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम या पर इसकारा अधिकृत अधिकारी

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

दास्ताव या नाम या हस्पताल या एवं नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्वित उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्पताल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्पताल 2