

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0819/1384

APPLICATION DATE: 20/5/19
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: MADHABI PURAKAIT
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOURHARI PURAKAIT
पितृ/स्त्री का नामPRESENT RESIDENCE ADDRESS: बहुमान आवासीय पता
ANDHARMANIK, BISHNUPURI, SOUTH 24 PARGANAS 743573
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: HOME MAKER

अवश्यक

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जीवितातिथि)

TOTAL ANNUAL INCOME: R.S. 1700X 12 = 20400/-
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का स्वाक्षर संहारण)

PAN No. स्थाई संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप जरा कर देते हैं (जो मात्र ही उस पर सही का निशान लगायें)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.	MADHABI PURAKAIT	54	F	SELF
2.	BISHU PURAKAIT	31	M	SON
3.	ANTALI NONDAL	23	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए चिन्हित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गटीकी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अपने अपने घर के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कार्ड से जारी की गई प्रतिवेदन 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 लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्वीकृत सहायता प्राप्ति

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक 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 प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण बेटी जन्मावारी के अनुसार सम्पूर्ण रूप से ठीक हैं। यह बोर्ड विवरण एवं कानून अनुसार साधा जाता है तो ऐसी साहाय्यता निश्चित की जा सकती है।
 - 2) मैं इस जो सहाय्या का "कोशिका फाउंडेशन", जो यही जगह है, उसका उपयोग उसी विवरण के दूर्भास के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में दिया गया है।
 - 3) मैं पुरुष काल हूं कि इस साहाय्यता द्वारा यह प्रदर्शन की जरूरत है, उस तरह का अधिकार या सहाय्यता निश्चित अन्य घोषितीयोंकीद्वारा कानूनी से न हो सकता है और न ही विवरण में सूचित है।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करना)

- 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 reqd/-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 दस्तखत पर अपने हस्ताक्षर का अंगठी की ताप सामाजिक, मैं (अवेदक) अपनी सहाय्यता को पुरुष काल हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्यादीयों" को अधिकृत काल हूं कि ये तो यह जगह, फैसले और जो विवरण इस प्राप्ति में दिये गए हैं, उसे "कोशिका" एवं ज्यादीयों, दान, वापसी/पूर्ण वर्दी/उद्दीपन से बुद्धी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार साहाय्य में व्यवस्थित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रकार का विवरण ये हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ज्यादीयों अधिकृत है।
 - 2) मैं (अवेदक) इस जगह पर सहाय्यता हूं कि मैंने नाम, जन्म, फैसले और विवरण जैसे कि सहाय्यता के उद्देश्यों से जुड़ी हैं पुरुष स्वतः सहाय्यता का हस्ताक्षर नहीं जाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके ज्यादीयों का विविध अधिकार और जापानार्थी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के हस्ताक्षर का अंगूठे का विवरण :



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करना)

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 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. This
- 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.

इसकी अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से सहाय्यता को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध साहाय्यता है जाती है, जिसे यह (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से साचा व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न हो स्वास्थ्य और न हो विविध में विविध साहाय्यता किसी भी साकारी सम्बन्ध पर किसी अन्य स्वास्थ्य में उपलब्ध होने वाले जैसे लेंगे जैसे होंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विस्तृताविविध उपलब्ध से सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दाता हैं तो हम भी यही करते हैं तो अस्पताल किसी अन्य और साकारी सम्बन्ध पर किसी अन्य सम्बन्ध से साहाय्यता देने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुरुष में स्वतः कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पद तक हुए/मान्यताएं हैं जिसे

2. "कोशिका फाउंडेशन" से यही गई साहाय्यता के लिये प्रदूषित की जाती है। होते या हस्ताक्षर द्वारा यही गई समाज का उन्नत द्वारा एवं एवं हस्ताक्षर के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का जोई दरवाजा नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में होते के हस्ताक्षर सुनाता और अपने जाने की साथी विवेदीयों द्वारा एवं हस्ताक्षर की होती और "कोशिका" की जोई भूमिका या विवेदीयी हस्ताक्षर में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्कृति**

Shri Sankar Bagchi

Director
Sugru Eye Foundation & Research Centre

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंगोद्धार की तारीख 22/8/19	Dr. Archana Daga MBBS, MS Reg. No. 69372 (Name of Dr. & Reg. No. with S/Imp.) दानकर का नाम व हस्ताक्षर व एवं नं.
--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मान्यताकालीन उपलब्ध हैं

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2