

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0919/1403	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 22/8/19
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम RASNARA BEGUM JAMADAR	AGE-YEARS आयु-वर्ष 51
	SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MONTAJ ALI
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

JAMADAR, GHOSH PARA, NEAR POST OFFICE, DUMTUR,
HOWRAH 711005, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION : व्यवसाय HOME MAKER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय RS 15000/12 = 22800/-	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. : स्वयं छात्र संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गहरी का निशान लगाएं)

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.	RASNARA BEGUM JAMA	51	F	SELF
2.	SAMRAJALI JAMADAR	37	N	S ON
3.	MEHRAJ JAMADAR	25	M	S ON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधिगत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की:

- 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 शोधक कहता हूँ कि इस शास्त्र में दिनें एवं रात्रौ विभाग पाये जायकारी से अनुगत तबद एवं यत् । यदि कोई विचार एवं कथन शास्त्र में पाया जाता है तो परी महापात विस्तार की जा सकती है।

२) मेरे द्वारा की गइयत का नाम "कोशिका काव्य-दर्शन", ये ही वह गीत है, जिसका उपयोग उन्ही उद्योग की भूमि में निरते किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में मदद करेगा।

13. ये मुद्रि कहते हैं कि बिना साधन हेतु यह दर्शन की गई है, उस दृष्टि का अस्तित्व का सबसे विना किसी अन्य प्रोपियोपेक/प्रोपेक सम्बन्धी से न हो गया है और न ही अस्तित्व में गया।

AGREEMENT by APPLICANT (सहस्रक प्रमाणित)

- 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/post-upreproduce 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, 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 प्रश्न का ज्ञान हमसफर का जगह का प्रश्न संलग्न है, मैं (अवेदक) अपनी पहचान को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका काटने और उसके ग्लोबल" को अधिकृत करता है कि यह नाम, जगह, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" एडमिनिस्ट्रेशन, एन. एम.एस.ए. द्वारा प्रदान की गई जानकारी और उपलब्धियों के बिना किसी भी प्रकार सामान्य में प्रत्यक्ष करने का नाम अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण में इनका जो पत्रों का नाम में करने का लिए "कोशिका एडमिनिस्ट्रेशन" का नाम अधिकृत है।

2) वी. (आलेखक) इस बात से सहमत हैं कि योग नाम, पाठ, अंगों और विभाग जो कि महाभारत के उत्तरार्धों से प्रतीय हैं मुझे मर्यादा साहायता का इन्कार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "मर्त्यका" पता उसके स्थिति का निर्णय और वास्तविक होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अभिप्रेत के अनुसार यह संकेत का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (KROGER AND WOLF)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this coo/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.

इसी कारण, इन्टरनेट की ओर से सम्बन्धितों को "कोविड वाइबेंशन" से पहिचान बढ़ाया हो सकता है, जिसे हम (हमेशा) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो संरक्षण और न ही क्षतिपूर्ति में इतिवृत्त महापक्ष किसी भी साक्षरी संरक्षण या किसी अन्य उद्देश्य से उक्त ऐंटी-मामले में लेने या ले रही है, जैसे कि हमने "कॉरिआ काउन्सेलर" से निराकरण/विनिर्मुक्तता उद्देश्य से संरक्षण में "कॉरिआ काउन्सेलर" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कॉरिआ काउन्सेलर" द्वारा महापक्ष विनिर्मुक्तता/कमाल हेतु मजबूत नहीं किया जाता है तो अप्रत्यक्ष किसी अन्य भी साक्षरी संरक्षण या किसी अन्य संरक्षण से महापक्ष लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अप्रत्यक्ष द्वितीय पदर उक्त ऐंटी-मामले हेतु किसी भी साक्षरी संरक्षण या किसी अन्य उद्देश्य से नहीं लागू/लेता।

2. "कठिना कायाध्वंसा" से तो यह साधना अंततः विविध इच्छा की है। दोनों का हमसफ़र द्वारा ही यह साधना का किया गया उपपाद/प्रक्रिया का सुझाव दोनों एवं हमसफ़र से योग का विचार है और "कठिना कायाध्वंसा" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमसफ़र में दोनों को इसका सुझाव और अपने जाने को जारी बियेदारी दोनों एवं हमसफ़र को जारी और "कठिना" को कोई प्रतिक्रिया या विमोदारी इस साधना में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संरक्षित

Date of Surgery अंशदान की तारीख 22/5/10	Dr. Anurag Bhas MD, MS (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) Koshika Foundation & Research Centre	Shubankar Bagoni Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 	