

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0919/1454

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

3/9/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

JHARNA SARKAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

SADHUCHARAN BISWAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

17/H/91, B B GHOSH SARKAR, ULTADANGA MAIN ROAD, KOLKATA 700064, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS 1700 x 12 = 20400/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

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

Yes / No

हां / 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.	JHARNA SARKAR	55	F	SELF
2.	JHANTU SARKAR	25	M	SON
3.	JHUMPA SHIL	24	F	DAUGHTER
4.	PANPA BHAR	25	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 (SIG 6 + 181)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कएल)**

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या उंगले की छाप सादरकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "बोशिका फाउंडेशन और उसके म्यारीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "बोशिका" एगम् ज्वाली, दन, साधनाय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों को निर्णय किये भी प्रसार सम्बन्ध से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के खलते या बाद में करने के लिए "बोशिका फाउंडेशन" या म्यारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना आपकी अनुमति के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे मालूम: साधनाय का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "बोशिका" एगम् उसके म्यारीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपदेव का जो हस्ताक्षर था जंगूटे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

- 1.) यह कि न तो संसदन और न ही अधिकांश में विविध साक्ष्य किसी भी साक्ष्यी संसदन या किसी अन्य संसदन से उठाए गए/प्राप्त होने में होने या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से साक्ष्य/विशेषज्ञता उठाए के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य विविध अधिकार/साक्ष्य हेतु मरदर नहीं किया जाता है तो अन्वेषण किसी अन्य भी साक्ष्यी संसदन या किसी अन्य संसदन से साक्ष्य होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्वेषण द्वितीय मरदर उठाए गए/प्राप्त हेतु किसी भी साक्ष्यी संसदन या किसी अन्य संसदन से नहीं होना/होनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गई साक्ष्यी संसदन विविध प्रकृति की है। ऐसे वा इत्यादि द्वारा दो या साक्ष्य या किने गये उपसाक्ष्य/विशेषज्ञता का प्रभाव ऐसी एवं इत्यादि के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए इत्यादि में ऐसी तो इत्यादि सुरक्षा और अन्य जाने की सारी विमर्श/ऐसी एवं इत्यादि की होती और "कोशिका" की कोई अधिकांश या विमर्श/ऐसी इस मामले में नहीं होती।

हयग्रीवजी के लिए संस्तुति

Director

Figure 1. The effect of the concentration of the polymer on the gelation time of the polymer solution.

3/9/19

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

(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
न्यायी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इफ्ताख 2

Exchanged

Rich