

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0919/1471
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 04/09/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: ANJALI RAY
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BIMAL CHANDRA RAY
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GHATA, JERAPUR, BASERHAT, NORTH 24 PARGANAS
743412, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

-AS ABOVE-



OCCUPATION: HOMEMAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2000 X 12 = 24000
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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.	ANJALI RAY	60	F	SELF
2.	AVIJIT RAY	36	M	SON
3.	ASHES RAY	31	M	SON
4.	ANJANA BISWAS	34	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा 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 विन्यास 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 (SJS + 300)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 यथास्थिति कृत है कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे अधिक सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त करूँगी, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में पत्र किया है।
- 3) मैं यथास्थिति कृत है कि मैंने सहायता हेतु यह प्रत्येक की गई है, इस सहायता का व्यय/भुगतान/वसूली किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीया।

AGREEMENT by APPLICANT (স্বাক্ষর প্রদান করুন)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publicize/post-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 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/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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब हस्ताक्षर या मुद्रित छाप सहित, मैं (अर्थात्) अपनी पहचान को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मैं विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, समर्थन या दूसरे उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और प्रकाशनों के लिए किसी भी प्रकार सम्भव से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण मेरी हस्तक्षेप के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि हस्ताक्षर के उद्देश्यों से प्रयोग है जुड़े सहायता या इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके बच्चे के स्वास्थ्य पर अच्छे का निज़ाम

AGREEMENT by HOSPITAL (अनुमति प्राप्त करके)

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 this patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्तगृहीत और से सम्बन्धित सभी को "कोशिका प्रजनन" से विशेष सम्बन्ध है। विशेष रूप से (हमारे) विभिन्न प्रकार से मान्य व प्रयोग करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही धर्मन में विविध सामाज्य किसी एक सारकारी संसदन या किसी अन्य चीज से उभर ऐसी/पासते में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से डिप्लोमा/डिग्रीज उभर के सामने में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद देते कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सामाज्य विविध अधिकार/अवसर हेतु मरद नहीं किया जाता है तो असमस्त किसी अन्य एक सारकारी संसदन या किसी अन्य धनसाधन से सामाज्य लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असमस्त द्वितीय मरद उभर ऐसी/पासते हेतु किसी एक सारकारी संसदन या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सामाज्य संसदन विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमकात द्वारा ही यह सामाज्य या किये गये उपकाउ/प्रक्रिया का पुनर्ग ऐसी एवं हमकात के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हालांकि हमकात में ऐसी को इलाज मुफ्त और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमकात की होती और "कोशिका" की कोई धुनिया या जिम्मेदारी इस मरदते में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

क्या कहानी के लिए संस्कार

~~Shri Sanjiv Baghel~~
Director

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

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

4/9/19

MBSB, DO, OAS, FSS
Reg. No.-5507
Eye Foundation & Center
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
आयुष्य का नाम यहाँ दर्ज करें

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जननिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी दत्तवर्मा 1

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इन्द्रधर २

Rich