

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0019/1548
आवेदन संख्या: K/0019/1548

APPLICATION DATE: 7/9/19
आवेदन तिथि: 7/9/19

NAME of APPLICANT: SAMBUNATH HAZRA
आवेदक का नाम: SAMBUNATH HAZRA

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 69
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BHUTNATH HAZRA
पिता/कटुम्ब का नाम: BHUTNATH HAZRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

1/12 DR PANCHANAN HETA LANE, KG ROSE
SAPANI, KOLKATA 700085, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय: UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य 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.	SAMBUNATH HAZRA	69	M	SELF
2.	SANDHARMINI HAZRA	62	F	WIFE
3.	GUPPABASH HAZRA	39	M	SON
4.	SUMITA DUTTA HAZRA	37	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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
2.	SURGERY - LECISION + 200

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 राशि

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰੰਭਿਕ ਦੁਰ ਪੰਥਾਤ ਧਰ:**

- 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 धीरम कला है कि इस प्रमाण में देते गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे प्रमाण पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मेरे द्वारा मेरे सहायता पत्र "कीर्तिका फाउंडेशन", से लेने का उद्देश्य है, इसका उपयोग वही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण में पत्र किया है।
- 3) मैं यहाँ कहता हूँ कि मैंने प्राप्त करने के लिए यह प्रमाण को नहीं है, इस पत्र का अर्थिक या सहायता विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति दान कर)

- 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/print-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/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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप साधक, मैं (अर्हक) अपनी साधना की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में धीरे-धीरे हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, साधक/पूज्य उद्देश्य से चुनी विविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार साधक को प्रसन्न करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण और हस्ताक्षर के रहते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साधक को अर्हक से प्रेषित है चुने पता: साधक का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या बाएं 엄지 का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल से 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.

1) यह कि न तो संप्रदाय और न ही अधिनियम में विधिगत सामाजिक किसी एक साधारण संस्कार या किसी अन्य रीति से उच्च ऐंग्रेज/मराठों में लेने या ले जाने हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विच्छिन्न/विच्छिन्न उच्च को सम्भव है "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद देते हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सामाजिक विधि अधिनियम/संस्कार देते समुदाय नहीं किया जाता है तो अल्पमत किसी अन्य एक साधारण साम्य या किसी अन्य समानता से सामाजिक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पमत द्वितीय मरद उच्च ऐंग्रेज/मराठों देते किसी एक साधारण संस्कार या किसी अन्य संस्कार से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सामाजिक संस्कार विधिगत प्रवृत्ति की है। ऐसी पर हमला/हमला द्वारा ही यह स्पष्ट या किये गये उपाय/प्रक्रिया का खुलासा ऐंग्रेज एवं हमला/हमला के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमला में ऐंग्रेज के द्वारा मुद्रा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंग्रेज एवं हमला/हमला की होती है और "कोशिका" की कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वामीजी के लिए संस्तुति

Shib-Sankar Bagchi
Director

Sussex Eye Foundation & Research Centre

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

7/9/19

Dr. Nalinakshi Karan
MBBS, D.O., DNB
Reg. No. 68729

(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) Centre
 डाक्टर का नाम य इसका प एने न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
मन म १२ हस्पाटल ऑफिसर ऑफिसरी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी इम्तदाद 2

list