

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0919/1549

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

7/9/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

WILIDASI DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

GOPAL DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

ASHRATHINARATI, SANGRAMPUR, SHIBHATI,
BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS 743412, 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 1600 X 12 = 19200/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी राजस्व 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 / MS

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.	WILIDASI DAS	71	F	SELF
2.	ALOKA DYE	48	F	DAUGHTER
3.	LATEKA ROY	46	F	DAUGHTER
4.	KANIKA DAS	41	F	DAUGHTER
5.	PHILKA DAS	33	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अल्प वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उत्पाद वितरण 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 (STCS + IOU)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

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.

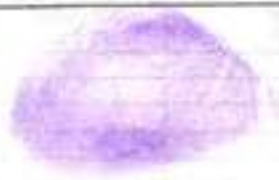
- 1) मैं शोधक कहता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अवास्तविक या झूठा है तो मेरी जानकारी मिलने की आशंका है।
- 2) मेरे हृदय में साक्षात् एका "बोधिका फाइलेशन", से हो कर रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि बिना साक्षात् होना यह दर्पण की भाँति है, उस एका का अस्तित्व या अभाव विज्ञान किंवा अन्य औपनिवेशिक/वैज्ञानिक कल्पना से न हो सित है और न ही अस्तित्व में होगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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/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 का जवाब हमारा था कि अंग्रेजों की सैन्य शासकता, यों (अंग्रेजों) अपनी शासकता की पूर्ण शक्ति है एवं "कॉन्सिडरेशन ऑफ़ दिसीप्लिनरी" का अधिष्ठान करता है कि ये सैन्य शासक, फौजी और भी विचार इस प्रश्न में संलग्न हैं, इसे "कॉन्सिडरेशन" एवं जवाबी, इन, शासकता द्वारा उत्तरों से बहुत गतिविधियों और उत्तराधिकारों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रशंसित करने के लिए अधिष्ठान है। यों इसका का विचार यों इसका के चालों का बाद में करने के लिए "कॉन्सिडरेशन ऑफ़ दिसीप्लिनरी" का अधिष्ठान है।
- 2) यों (अंग्रेजों) इस बात से सहमत हैं कि सैन्य शासक, फौजी और विचारों कि सैन्य शासक के उत्तरों से प्रशंसित है मुझे समझ में आता है कि इस संबंध में "कॉन्सिडरेशन" इसका उत्तरों का निर्णय अधिष्ठान और शासकता होगा।

अपेक्षक में हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we /Hoskote 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.

हमारे अधिवक्ता, हस्ताक्षरी को और से गणपतेश्वरी को "कलशिका फाउन्डेशन" से शिविंग साक्षात्कार हेतु शिवशक्ति को पठाते हैं, जिसे हम (हस्ताक्षर) विनम्र प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सामान और न ही व्यक्ति में स्थित सामान किसी एक कारखाने सामान या किसी अन्य खेत से उक्त ऐंटीपासले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोलिका फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/व्यक्ति उक्त के सम्पत्ति में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा गहरा है कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सामान विपरीत अधिकार/व्यक्ति से प्राप्त नहीं किया गया है तो अगला किसी अन्य एक कारखाने सामान या किसी अन्य एनामान से सामान लेने का अधिकार सुनिश्चित नहीं है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा गया है कि अगला द्वितीय गहरा उक्त ऐंटीपासले में किसी एक कारखाने सामान या किसी अन्य सामान से नहीं होना/लेना।
2. "कोलिका फाउन्डेशन" से ही यह सामान केवल स्थित व्यक्ति को है। ऐंटी का हस्ताक्षर द्वारा ही यह सामान या बिने गले उक्त/व्यक्ति का पुनः ऐंटी एवं हस्ताक्षर के बीच का बिना है और "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्ता नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में ऐंटी को हस्ताक्षर द्वारा और अन्य जाने को सारी बिने/ऐंटी ऐंटी एवं हस्ताक्षर को होने और "कोलिका" को कोई व्यक्ति या बिने/ऐंटी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Nalinakshi Karan
MBBS, DO, DNB
Reg. No. 63729

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

आमंत्र्य का नाम ये ब्राह्मण म रजि. न.

Shib Sankar Bagchi

1000

Stavros Foundation & Research Centre

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

नमः य एव हस्तदातु अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जननिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी दलदल ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

म्यागी इस्तराख 2

Erbenzyl

Life