

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्थानीय देखभाल)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K/0919/1600	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	10/01/19	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	KALPANA GHORUI	AGE-YEARS वय-वर्ष	62	SEX लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	TARAK GHORUI			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: उत्तर मण्डल, पाहाङंपुर, महानगरपाली बुड्डान, वेस्ट बंगल				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: -AS ABOVE-				
OCCUPATION: अवायव		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का स्वाक्षर संतान)		
PAN No. स्पष्ट साक्षण संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप जरा कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निश्चय संगमे)		Yes / No हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के स्पष्ट संबंध
1.	KALPANA GHORUI	62	F	SELF
2.	MUNISHA GHORUI	37	M	SON
3.	GOLABI ROY	35	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विविध आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गर्भीय रेत के लिये उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र की साथ यही संतान हो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्पताल वाले स्पष्ट पत्र (अस्पताल पत्र की साथ यही संतान हो)	Ration Card (Attach Copy) उपर्युक्त कार्ड (उपलब्ध पत्र की साथ यही संतान हो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षण	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरी का उल्लेख:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/वाले से लाए और नई अधिकारी सूची संतान			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT			
2.	SURGERY - LEC. S2005 + EOL			
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES इस उल्लेख के लिये 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 AWAILED ही पट्टी सहायता यारी		

DECLARATION by APPLICANT: અર્થાત દ્વારા પોતાનું હતું

- 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.
 - 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.
 - 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 स्वाक्षर करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये जापी विवरण सभी व्यक्तिगती के अनुकूल सारा एवं सही है। यही स्वाक्षर विवरण एवं कानून अनुसार एवं यात्रा है जो पैदी स्थायिक विवरण की तरह सही है।

2) मैं इसके सहायता द्वारा "वॉलिहिंग फाउंडेशन", से सभी या चाही ही, उपलब्ध उपकरण वर्गी उपयोग की मूलीका के दिये दिया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भाग रहा है।

3) मैं स्वाक्षर करता हूँ कि विनाशकारण से यह प्राप्ति की गई है, तथा यही कानूनिक एवं व्यापारिक विवरण की तरह सही स्थायिक विवरण का अनुकूलीन संरचना है और यह स्थायिक विवरण से मुमुक्षु है।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or mark)

- 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/put-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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रवास का अपने हालात, या अंदरूनी की स्थिति सहजीकी वीरुद्ध करते हैं ऐसे "कोटिशन प्रारंभिक और उसके न्यायों" को अधिकृत करते हैं कि ये नया, पहले, भेदों और जो विवाह इस प्रवास में खोलता है, उसे "कोटिशन" एवं, न्यायी, दण, वापरवाच सूत्रों ग्रन्तीकरण से बहुत गतिविधि और उत्तराधिकारों को लिये जाते हैं जो इसका वापर सम्भव हो गतिविधि करने के लिए, अधिकृत है। ये प्रवास का विवाह यीँ इमान के पालन का वार में करने के लिए "कोटिशन प्रारंभिक" व न्यायी अधिकृत है।
 - 2) ये (अपरेंट) इस वार में सहजत है कि ये नया, पहले, भेदों और विवाह को कि सहानुका को उत्तराधिकी से अतिरिक्त है तुम्हें बहुत भावात्मका हक्कपत्र नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोटिशन" एवं उसके न्यायों का विविध व्याप्ति और वापरवाची होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अस्ट्रेलिया का नियन

AGREEMENT by HOSPITAL (SEE ALSO WEC)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (hereinafter) hereby affirm & accept following:

- (Hospital) hereby agrees & accepts the 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.

अब अपनी जगह पर्याप्त और से बढ़ावदेनी को "कॉम्प्रेस फार्म-फैक्टर" से लिया गया है जिसका अधिकारी भी जाती है, जिसे इम (इस्टर्न) निम प्रतार से मान व उत्तीर्ण करते हैं।

- 1) यह दि न हो चाहिए और न हो परिवर्मन में विभिन्न राज्यालय किसी भी सत्याग्रही संघरण का किये अब स्थैतिक तरह उसके बाहर ऐसीप्रभावों में होने वाले रहे हैं, जैसे कि हमने "कठिनाकालावैद्यता" से विभिन्नरूपीविश्व उक्त के सम्बन्ध में "कठिनाकालावैद्यता" द्वारा प्रदर्श दी गई है। यदि "कठिनाकालावैद्यता" द्वारा प्राप्तता विभिन्न अल्लिकालावैद्यता होता प्रयुक्त यही किया जाता है तो अगले समय किये अब ऐसा कार्यालय सम्बन्ध में जापान सम्बन्ध से जापान संस्कृते का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण वे सरपं कहा जाता है कि अगले समय द्वितीय प्रदर्श उक्त कार्यालयों होते किये जाते हैं।

— यह विषय के अन्तर्गत एक बड़ा सवाल है कि जब विभिन्न देशों की विभिन्न संस्कृतियों को एक समूह में लेने की ज़रूरत होती है, तो उनकी विभिन्नता का विवरण कैसे किया जाएगा?

2. "काशिका वालाबाबा" का ही नाम प्रधानमंत्री कविता लेखन प्रतियोगिता में एक प्रथम पुरस्कार वाली कविता है। इसका लेखन विषय भारत के संविधान का असर है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के द्वारा संलग्न

Date of Surgery अंतिम तो दार्ता 10/9/19	Dr. D. R. Bhatia MBBS, M Reg. No.-6 Sankalp Eye Foundation & (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दाक्य वा नम व हस्ताक्षर व रुपि. व.	Dr. D. R. Bhatia MBBS, M Reg. No.-6 Sankalp Eye Foundation & (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नम व प्र. हस्ताक्षर अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कानूनिक उपयोग के

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्राची राजा १

નવીની ડાયલોગ 2

Schwarz

Eric B