

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0919/1649

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

12/13/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MINA. DEVI

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

KESAW SHAW

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

HID, 59/3, BL NO 22, RLB LANE, BARAZIPARA,
BHATPARA, NORTH 24 PARGANAS 743194, WEST
BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSEWIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS 19000 X 12 = 228000

(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 दाखल 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.	MINA DEVI	61	F	SELF
2.	ARJUN SHAW	67	M	HUSBAND
3.	DINTU SHAW	36	M	SON
4.	RENA DEVI	34	F	DAUGHTER
5.	RENU DEVI	31	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विन्यास आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 (SXS + 200)

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 सी गई सहायता राशी

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 अंधा/अंधा नहीं हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विकल्पों में अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विकल्प एवं कथन अत्यंत सत्य ज्ञात है तो मेरी सहायता मिलेगी कि वह सही है।

3) मैं सुनिश्चित हूँ कि बिना परामर्श हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस दृष्टि का अधिक या कमकाल दिनांक किसी अन्य कोटिनिशेक/टीसी कम्पलीट हो या तो सत्य है और यही स्थिति में है।

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/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 उत्तर हाथका या अंगूठी की छाप सत्याकार, मैं (अपेक्षक) अपनी सहाय्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाटनेवाला और उसके प्यारीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे सब, प्यार, धोती और जो विधान इस प्रश्न में धोखा है, उसे "कोशिका" समझ लें, इन, पावनता द्वारा उत्पन्न हो जुड़ी प्रतिविधियों और प्रभावितियों के लिए किसी भी प्रकार माफ्यम से क्षमाहीन करने के लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विधान मेरी इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाटनेवाला" या प्यारी अधिकृत है।

2) ये (अनुसूचक) इस बात से सहमत हैं कि पेठ नाम, पाल, खोटे और विषम को कि चापल में उद्देश्य से प्रविष्ट है मुझे स्पष्ट: चापल का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोरिडोर" प्रथम उपायों व्यक्तियों का निर्लेख अंतिम और सामकाली होना।

अन्यथा नै इत्यथा यः अनेनै वा निजान



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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 अधिकार, हमारा ही की ओर से समझौतेवादी को "बेहिम्नता प्रदर्शित" से विविध साक्ष्य हेतु निर्धारित की जाती है, विशेष रूप (हमारा) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो परीक्षा और न ही अधिनियम में किसी छात्रावास किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्कूल से उच्च छोटी/पब्लिक में होने या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "अधिकांक फाइवटीन" में लिखा है कि किसी छात्रावास के सम्बन्ध में "अधिकांक फाइवटीन" द्वारा मरद होना कि है। यदि "अधिकांक फाइवटीन" द्वारा छात्रावास विधि अधिकांक/सम्बन्ध में सम्बन्ध नहीं किया जाता है तो सम्बन्धित किसी अन्य सरकारी संस्थान या किसी अन्य छात्रावास से सम्बन्धित होने का अधिकांक सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्धित छात्रावास मरद उच्च छोटी/पब्लिक में किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य छात्रावास से नहीं छोड़ा/छोटी।

2. "कॅलिफोर्निया फ़ाइनरॉल" से सी गई साक्ष्य संश्लेषित प्रवृत्ति रही है। ऐसे पर हमसज्जत हुए ही गई साक्ष्य या किये गये उपचारप्रक्रिया का पुष्टि होती एवं हमसज्जत से बीच का रिश्ता है और "कॅलिफोर्निया फ़ाइनरॉल" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमसज्जत में ऐसी को दायित्व सुरक्षा और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी होती एवं हमसज्जत को होती और "कॅलिफोर्निया" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वामीजी के लिए संस्तुति

Dr. Arunava Bandyopadhyay
MBS, MS

Reg. No. - 59308
Sustained by 60 On 21/08/2014
शस्त्ररक्षक विभाग, भारत सरकार, नई दिल्ली

Shib Sankar Dasgupta
Professor and Director

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्यासी इस्लामा ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासो इत्युत्तर २

Rich