

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of Life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0717/0547

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11.07.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

DALANA KAIRI

AGE-YEARS अनु-वर्ष

SEX लिंग

62

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

RAMLAL KAIRI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

412 SHAILEN DHAR ROAD, BALLY, SADAR, HOWRAH, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. क्या है (आपके पास)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो सत्य हो उस पर 'X' का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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.	DALANA KAIRI	62	F	SELF
2.	RATU KAIRI	38	M	SON
3.	SUNITRA KAIRI	35	F	DAUGHTER
4.	ASHA KAIRI	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के निम्न किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) रशियन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रमाण पत्र संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रमाण पत्र संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रमाण पत्र संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कब निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/दवाखाने से जारी की गई प्रमाणपत्र सुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- LE
2.	SURGERY- LE (SR'S + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता पत्र

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक दुन येनग वः**

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कहा जाय परन्तु बाद में उसे सही माना जाय तो या सत्यता सिद्ध की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहमत हूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन", से जो राशि मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस राशिगत से न ही अन्यत्र से राशि प्राप्त करूँगा, न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (split pgs 4-5)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 पर अपने उत्तरों में यह स्पष्ट करना है कि आप सहमत हैं कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत बना दें कि वे आप का नाम, पता और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, छपाई, प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इन जानकारीयों को उनके किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का निष्कर्ष होगा कि आपकी या आपके परिवार की मदद के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उसके अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वेदांग, नाम, पता और विवरण जो कि सहायता के अर्थपूर्ण हो प्रमाणित है मुझे प्राप्त: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता है। इसलिए मैं "कोशिका" द्वारा उपरोक्त जानकारी का निर्णय अंतिम और बाधनीय मानूंगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकारों के प्रभावों का जटिलता का निवारण

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर और मुद्रा)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/tenant for financial assistance from Koshika Foundation, we (Principal) 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 emendgement 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.

इससे अधिक, हाथपंजी की ओर से घायलों/दोषी को "बोलिंग फायरिंग" से निरर्थक बचाव हेतु निष्पक्षता को जारी है, जिसे हम (हाथपंजी) गिरा फायर से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो चर्चण और न ही चर्चण में विविध साक्ष्य किन्हीं के सामग्री कोषण या किन्हीं अन्य स्रोत से उक्त लेखक/पत्रों में लेने या ले जाने हैं, जैसे कि इन्हीं "बोलियाँ साज-सज" में विपरीत/विपरीत उक्त से साक्ष्य में "बोलियाँ साज-सज" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "बोलियाँ साज-सज" द्वारा साक्ष्य किन्हीं अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अत्यन्त किन्हीं अन्य के, सामग्री कोषण या किन्हीं अन्य साक्ष्य के साक्ष्य लेने का अतिरिक्त सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्त विविध गहरा उक्त लेखक/पत्रों हेतु किन्हीं के सामग्री कोषण या किन्हीं अन्य साक्ष्य से नहीं लेना/लेना।

1. "बॉलिंगा पायथेडन" से ले कर आगला बॉलिंग मिलियन इन्फो को है। सेरी पर इम्प्रेसन इस से कई अलग है जिसे ले इम्प्रेसन/प्रिन्सिपल का मुल्य सेरी एवं इम्प्रेसन के बीच का अंतर है और "बॉलिंगा पायथेडन" इस किसी प्रकार का कोई मुल्य नहीं है। इन्फोमें इम्प्रेसन से सेरी के इम्प्रेस मुल्य और अपने अपने को सही सिद्धोपरी सेरी एवं इम्प्रेसन को सही और "बॉलिंगा" को कोई बॉलिंग या सिद्धोपरी इस मुल्य में नहीं सेरी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्त्रीकाली के लिए संस्तुति

Date of Surgery
 १९७३-०५-२०

2000년 1월 1일 기준

11.06.17

1988, DO, FRCS
Reg. No. - 58090
Sri Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
आयुष्य आर्य समाज के अंतर्गत है, यह, है

Sankar
Anib Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
সংসদ স্বাস্থ্য পরিদপ্তর অধীনে (স্বাক্ষর)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE et TRACÉ : _____

ज्योती स्मरण ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी एस.ए. 2

Rich