

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0717/0599

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/02/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

NIHAR BALA GAIN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

48

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

ANANTA GAIN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

 PURBA DHALTIHA SHANKHURA BARUADEI,
 BASIRHAT NORTH 24 PARGANAS, 743913,
 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

COOK

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS. 1000 x 12 = 12000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. एपएन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्त्र हो उस पर, सही का निशान लगाएँ):

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 से संबंध
1.	NIHAR BALA GAIN	48	F	SELF
2.	ANANTA GAIN	56	M	HUSBAND
3.	DIPANKAR GAIN	24	M	SON
4.	ANANTA GAIN	21	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सबसे गरीबों के पत्रे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना होगी)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना होगी)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना होगी)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached असमर्थता/दवाइयाँ से जुड़ी कोई भी डॉक्टरों के प्रमाण पत्र
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (STBS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED उसी गति सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: अभिषेक गुप्त चौधरी वा:

- 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 यह है कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सहायता प्राप्त बात है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता यदि "संश्लेषण परामर्श", से ही जा सकती है, सहायता उपलब्ध नहीं रहेगी की पुष्टि के बिना नहीं, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह है कि मैं इस सहायता से न ही लाभ करूँगी, जो न ही किसी न ही सहायता किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/सहायता से न ही प्राप्त है और न ही किसी न ही सहायता से।

AGREEMENT by APPLICANT (attach per unit)

- 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/upload/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 प्रश्न पर जहाँ इसका या जहाँ भी इस संकेत, मैं (अर्हक) अपने नामों को मुद्रित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके पदाधिकारी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा अपने, या, भव्य/व्यवसायिक रूप से अपने या किसी व्यक्ति/व्यक्ति के द्वारा किसी भी प्रकार प्रचार के उद्देश्य के लिए प्रयोग है। वे इस का विवरण में इसका या पता या नाम से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उसके अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रचार के उद्देश्य में प्रेषित है मुझे प्राप्त, आसानी का हक्कदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा अपने पदाधिकारी का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

and the other is to use the same data to estimate the parameters of the model.



AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 101 W/10)

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 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.

इसने जलियाँ, कलकत्ता को भी वे भयले-छेले को "बलिदान भयानक" से शिरम मारना ही निश्चित ही जारी है, जिसे हम (इसका) किम प्रकार से मान्य न होकरा जारी है।

1. यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में किसी प्राणवायु विच्छेद की प्राणवायु प्रणाली या किसी अन्य संकेत से एक ऐसी प्रणाली में लीने या लो हो है, जैसे कि इनमें "बॉलिंग प्राणवायु" के विच्छेद/प्रणाली प्रणाली के अन्तर्गत में "बॉलिंग प्राणवायु" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "बॉलिंग प्राणवायु" द्वारा प्राणवायु विच्छेद अधिकतम/सकल हेतु संयुक्त नहीं किया जाता है तो अन्तर्गत विच्छेद अन्य की प्राणवायु प्रणाली या किसी अन्य प्राणवायु से प्राणवायु लेने का अधिकतम सुनिश्चित करता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्तर्गत द्वितीय चरण प्रणाली प्रणाली हेतु विच्छेद की प्राणवायु प्रणाली या किसी अन्य प्राणवायु से नहीं लेता/लेती।
2. "बॉलिंग प्राणवायु" को ली गई प्राणवायु प्रणाली अधिनियम प्रकृति की है। लेने या अन्तर्गत द्वारा ली गई प्राणवायु या विच्छेद को प्राणवायु प्रणाली या प्राणवायु प्रणाली के बीच का विच्छेद है और "बॉलिंग प्राणवायु" द्वारा विच्छेद प्रणाली का कोई चरण नहीं है। इसलिए अन्तर्गत में लेने के अन्तर्गत प्राणवायु और लेने वाले को प्राणवायु प्रणाली लेने एवं अन्तर्गत को लेने और "बॉलिंग" को प्राणवायु प्रणाली या विच्छेद प्रणाली प्रणाली में नहीं लेती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्कृति (स्वीकृत/निष्ठ या विमान लयाधे)

ACCEPTANCE

कनार

Full Member

WALTON
WELLS

Date of Surgery
ਅੰਮ੍ਰਿਤਸਰ ੨੬ ਜੁਲਾਈ ੧੯੭੭

14/03/17

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No.-58096
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

Sri Sankar Bajaj
Director
Cureway Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
डा. अ. अ. बाजज, निदेशक, क्यूरवे फाउंडेशन & रिसर्च सेंटर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION भारतीय उद्योग संघ

SANCTIONED
मंजूर

1998

REJECTED
गलन्या

100

SIGNATURE of TRUSTEE 1
राजीव कपूर 1

24

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Figure 1