

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0817/0705

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

02.08.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

PURNIMA BAG

AGE-YEARS आयु-वर्ष

52

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

PACHU BAG

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PART NO-192, KHARDANA, NORTH 24 PARGANAS,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता 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 / 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 सम्बंध
1.	PURNIMA BAG	52	F	SELF
2.	PACHU BAG	60	M	HUSBAND
3.	SYAMAL BAG	27	M	SON
4.	CHUMKI BAG	24	F	DAUGHTER IN LAW

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता 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 (SIEN + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु 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 AVAILED ली 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 applicable for rejection/cancellation.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपका यह इरादा क्या मंजूर है या नहीं?



AGREEMENT by HOSPITAL. (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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.

इसके अतिरिक्त, इलाहाबादी की ओर से गान्धेजी की "कौशिक फाउन्डेशन" से मिलियन सहायता हेतु निगरानी की जाती है, जिसे इन (हमलाख) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कार्यवाही और न ही स्थिति में स्थिति सामान्य किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उभार दी जाती है, बल्कि यह कि इनमें "कोशिका फाउंडेशन" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उभार के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सामान्य स्थिति अधिक-सफल हेतु मनुष्य नहीं किन्तु यह है तो असफल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असफल द्वितीय मरदर उभार दी जाती है हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो यह सामान्य केवल स्थिति प्रकृति की है। ऐसी या इनसुलत द्वारा की गई सहाय या किन्हीं गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इनसुलत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए इनसुलत में ऐसी के प्रत्यक्ष सुलभ और जाने जाने की सही विमर्शों ऐसी एवं इनसुलत की होती है और "कोशिका" की कोई भीमिका या विमर्शों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)		ACCEPTANCE मंजूर	REJECTION समन्वित
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 02.08.18	Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No.-56096 Surgical Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तफा व रजि. नं.	Shib Sankar Bagchi Director Surgical Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तफा व अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जनार्दन उपयोग हेतु

SANCTIONED सन्तुष्टि	REJECTED नामन्जूर	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तेफार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तेफार 2
			