

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: NNN/0817/0145

APPLICATION DATE: 13/08/2017

NAME of APPLICANT: BHANUMATI DARY

AGE-YEARS 60

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KALPANA (DAUGHTER)

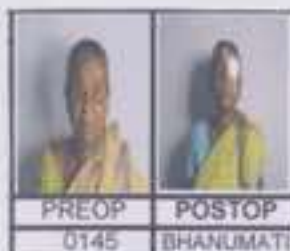
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्णज गावडीय गा

VILL - PANCHAM, P.O. - DO, P.S. - BAHNAN

DIST - HOSHANG, W.B.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: आई अलमोन फड

DO.



OCCUPATION: FARMER (HOUSEWIFE)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 46000 (YEARLY)

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. आई एन टी एन

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो अन्य हो उस पर चिह्न 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.	LET. SODIP DARY	45	M	HUSBAND
2.	KALPANA DARY	42	F	DAUGHTER
3.	HRCHANA DARY	40	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - LI - NON-FLAR COLLEKOSIS 11/11/2017
2.	SURGERY - STAS WAGIN R 10/

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 तो यह सहायता राशी
	J.M.A.N.N.N.	

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰੰਘਿਤ ਦਾ ਅੰਗਣ ਵਜੋਂ:**

- 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 शोधक कहता हूँ कि इस प्रश्न में दिने एवं सखी विचारण परी जासकली के अनुसार साथ पूर्व रही है। यदि कोई विचारण पूर्व कथन ज्ञात नया बात है तो मेरी साधना पित्त की आ सकली है।
 (2) मेरे द्वारा जो साधना एवम् "बौद्धिक फायन्डेशन", वो लो का गयी है, उसका उपयोग उही उद्देश्य को पूर्ति के दिने किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भव गया है।
 (3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस साधना हेतु यह प्रश्न की गई है, उस एवम् का बौद्धिक या समस्त विज्ञान किसी अन्य फोरमिनिशेज/बीस कम्पनी से न ले लिया है और न ही बीस में भूलै।

AGREEMENT by APPLICANT (ॐॐॐॐ ॐॐ ॐॐ)

- 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 प्रश्न का जल्ने इकाय या अंशों को क्या लगाना, मैं (अंतरक) जल्ने साधित की पुष्टि करता हूँ एवं "बौद्धिक कार्टेसियन और उसके ग्लोरी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बौद्धिक है, उसे "बौद्धिक" एडम-ग्लोरी, दारु, सचकायत शुरू उत्तरों में मुझे सीखीथिमें और प्रत्यक्षियों के बिना किसी भी प्रकार सम्मान से प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विचार ही इनके के पहले या बाद में कार्य के लिए "बौद्धिक कार्टेसियन" व ग्लोरी अधिकृत है।

- 2) मैं (अपनेपक्ष) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विभाग ये कि सहायता के उद्देश्यों से प्रदर्शित है मुझे पता। साक्षात् का हकका नहीं करता। इस सम्बंध में "हॉलिका" एकर उल्लेख नहिये का निर्णय जलिय और सम्पत्तारी होय।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपके पास यह जानकारी है कि आपका बचत खाता कितना बढ़ेगा।

hi of Bhonumati Durg.

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 同意書)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kasturba 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.

इससे जलविद्युत, इन्फ्रालाई की ओर से सामान्यतः को "कोशिका चार्जिंग" से विभिन्न सहायक हेतु विद्युतित की जाती है, जिसे हम (इसका) किन्तु इससे से सत्य व लोचन करने है।

- 1) यह कि न तो आधारी शब्द न ही परिवर्तन में स्थिति सामान्य किसी है। आधारी शब्दों या किसी अन्य शब्द से उक्त परीक्षणों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "बोसिका फायनेंस" से निष्कासित/निर्गत उक्त से सम्बंध में "बोसिका फायनेंस" द्वारा गहर हेतु कि है। यदि "बोसिका फायनेंस" द्वारा सामान्य विनिर्दिष्ट/निष्कासित हेतु सम्युक्त नहीं किया जाता है तो सामान्य किसी अन्य है। आधारी शब्द या किसी अन्य सम्बंध से सम्बंध लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अगस्तस प्रिन्स गहर तथा परीक्षणों हेतु किसी भी आधारी शब्द या किसी अन्य सम्बंध से नहीं लेता/लेती।

2. "कोटिका पादपेक्षा" से ली गई सामग्री केवल विभिन्न प्रजाति को है। ऐसे या हमलाएँ इसी ही गई सामग्री या बिन्दु एवं उपसमाप्ति का सुचारु तरी एवं हमलाएँ से बीच का विषय है और "कोटिका पादपेक्षा" इसी किसी प्रकार का कोई एकल नहीं है। इसलिए हमलाएँ में ऐसे के प्रत्यक्ष सुचारु और जहाँ जहाँ की जाती बिन्दुएँ ऐसे एवं हमलाएँ को लगी और "कोटिका" को कोई सीमा या बिन्दुएँ इस सामग्री में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अस्त्राण की तिथि 24/08/17	DR. S.S.B. MEDICAL OFFICER NETRA NIRAMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व छिद्र नं.	Sr. DY. MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN (Hq. Co. of the Ship in the DIST. PUNJAB MEDICAL नम व पद इलाका अधिकारी अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनुसूचित वर्गों के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ग्यारी इम्तदा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ग्यारी इम्तदा 2
	