

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :

आवेदन क्रमांक :

K/0917/0831

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

04.09.18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

GAYATRI CHAKRABORTY

AGE-YEARS-वर्ष

76

SEX-लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्न्य का नाम

RABINDRANATH CHAKRABORTY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS-वर्तमान आवास पता

H/D BUDY NAGAR NEAR OLD BDO OFFICE, NAHATHIN
NORTH 24 PARGANAS, 743165, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थायी आय प्रमाण

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

क्या आप आय कर पत्रा है (जो लागू हो उस पर सही 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.	GAYATRI CHAKRABORTY	76	F	SELF
2.	SADHAN CHAKRABORTY	53	M	SON
3.	PUSPA CHAKRABORTY	49	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 Card Copy) रसदोस्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये विवरी 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 (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गयी है?

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



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, liable for reselection/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 भीषण बरफ हूँ कि इस प्रलय ने जिसे नये सपने विचारों से भरवाया था, उसे खत्म कर दिया है। यदि कोई विचार एवं कल्पना अत्यन्त सच्य है तो वे भी अत्यन्त विचारों की आकाशवाणी हैं।
2) वे ही हैं जो अत्यन्त ही "अतिशय आकाशवाणी", वे ही हैं जो हैं, अत्यन्त आकाशवाणी अत्यन्त ही हैं, वे ही हैं जिन्हें विचार अत्यन्त, वे ही हैं प्रलय में आकाशवाणी।
3) मैं भीषण बरफ हूँ कि जिस अत्यन्त ही वह अत्यन्त ही हैं, वह ही हैं अतिशय आकाशवाणी अत्यन्त ही हैं, वे ही हैं जिन्हें विचार अत्यन्त, वे ही हैं प्रलय में आकाशवाणी।

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/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 उत्तर इसप्रकार का होगा जो तीन तथ्यों, यै (सत्यतथ्य) उत्तरी राज्या की मुद्रा बना है एवं "कोशिका पाठशाला और उत्तरी ज्योतिष" को अधिभूत करता है कि ये त्रय राज, पाल, कोटी और जो विभाग इस प्रश्न में धीरे है, उसे "कोशिका" एक ज्योतिष, राज, राजपथ द्वारा उत्तरीय से उत्तरी राजपथिनी और उत्तराभिनी के त्रिने किरी की प्रजा तथ्य से प्रजाति करने को लिए अधिभूत है। ये प्रश्न का विभाग की प्रजा को पाले का मत में करने को लिए "कोशिका पाठशाला" व ज्योतिष अधिभूत है।
- 2) यै (सत्यतथ्य) इस मत से प्रजा है कि ये त्रय, राज, कोटी और विभाग को कि राजपथ को उत्तरीय में प्रजा है मुझे ज्ञात: प्रजात का प्रजात ही करता इस तथ्य में "कोशिका" एक उत्तरी ज्योतिष का त्रिने अधिभूत और राजपथी होत।

अनुपम की इलाका या अंग्रेजी का निवास



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.

इससे अतिशुद्ध, इराक़ाई की ओर से पकड़े-लेने को "कॉलिका अराबिया" से मिलित आवाज़ से सुनिश्चित की जाती है, जिसे हम (इराक़ाई) फिर प्रकाश से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निश्चय लगाने)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION नसम्मत
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04.09.18	Dr. Arindam Deb MBBS, D.O., FRCS Reg. No. 56096 Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व डा. नं.	Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) अन्य व न. इलाका व डॉक्टर का नाम	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ॥ अर्थिक स्वतंत्रता ॥

SANCTIONED समाप्त	REJECTED अस्वीकृत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आसी इशारा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आसी इशारा 2
			