

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0914/0866

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05.09.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

GITA DAS.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

51

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

SHANKAR DAS.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

24 RASRUMAR MUKHERJEE ROAD - II
BARHANAGAR NORTH 24 PARGANAS - 700031
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

MAID SERVANT

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS - 6000/12 = 7200/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रसायन 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 चिह्नन करें)

Yes / No

हाँ / 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.	GITA DAS.	51	F	SELF
2.	SHANKAR DAS.	53	M	HUSBAND
3.	SANJOY DAS.	34	M	SON
4.	MINA DAS.	22	F	DAUGHTER
5.	ANURAG DAS.	4	M	GRAND SON
6.	SUMIT DAS.	2	M	GRAND SON
7.	ANASH DAS.	12	M	GRAND SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विरती आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये बिंदु का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (97254101)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

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.

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह बात है तो वेरी सत्यता सिद्ध की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कीटिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिली है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से न तो इससे पूर्व या बाद में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न तो किसी भी रूप में मुआवज़ा ले रहा हूँ।

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 to 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 enroll 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 उद्यम का लक्ष्य इसावाका या ओसाकी की जगह लखनऊ, में (लखनऊ) अपनी शाखा की स्थापना करना है एवं "बोडिंगा पारदर्शिता और उत्तम न्यायोप" को अधिकृत करना है कि यह उद्यम, उत्तम, ओसाकी और जो विभाग इस उद्यम में बोडिंगा है, उसे "बोडिंगा" सम्य न्यायी, दान, लखनऊका दानो उत्प्रेषण में सुदृढ गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी को उत्तम लखनऊ में प्रशस्ति करने को हित अधिकृत है। ये उद्यम का विभाग में इसावा को पालने का मत में करने को हित "बोडिंगा पारदर्शिता" व न्यायी अधिकृत है।

23) नी (लालच) इस बात से जगता है कि मेरा नाम, माता, पोटो और विमान जो कि सामान्य से उड़ानों से उड़ित है मुझे मना- सामान्य का इकलौता गली मरना। इस समय में "शक्ति" इसका उदाहरण प्रदान करता है कि विमान उड़ित और सामान्यता को।

अनेक ही इच्छा या अंग्रेजी का विषय



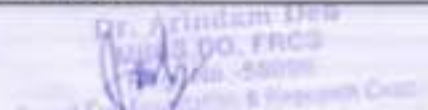
By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

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 अधिकतर, इसकाभी जो जोर से गाने-राने को "बोलिया बरानेरा" से मिलिये जायगा हेतु सिफारिश भी जाती है, जिसे इन (इसका) विषय प्रकाश से मान्य व स्वीकार करने है।

(1) यह कि न हो सीमाएं और न हो सीमाओं में स्थित आवासीय भित्ति है। आवासीय सीमाएं या भित्ति अन्य स्थलों से उभार लेने/बसाने में लगी या हो रही है, यदि कि इनके "सीमांकन आदेश" से निर्धारित/निर्दिष्ट उभार से उभारण में "सीमांकन आदेश" द्वारा मरद हो कि है। यदि "सीमांकन आदेश" द्वारा आवासीय भित्ति सीमांकन/उभार हो मरद नहीं किंचत यह है कि आवासीय भित्ति अन्य है आवासीय सीमा या भित्ति अन्य आवासीय से आवासीय लगे या सीमांकन सुनिश्चित उभार है। इस धृति में मरद यह उभार है कि आवासीय स्थित मरद उभार लेने/बसाने हो कि भित्ति है आवासीय सीमा या भित्ति अन्य आवासीय से नहीं सीमांकन।

2. "बोलिया पायवेला" से ली गई सावधान संकेत चिह्न प्रकृति की है। ऐसी न इस्तेमाल इस ली गई सावधान संकेत को अपने अपने उपयोग/प्रतिष्ठा का प्रयोग ऐसी एवं इस्तेमाल में लेना या फिर न ही "बोलिया पायवेला" इस चिह्न प्रकृति का कोई प्रयोग नहीं है। इसलिये इस्तेमाल में ऐसी न ही इस्तेमाल प्रकृति और अपने अपने की लगी चिह्न/प्रतीक ऐसी एवं इस्तेमाल की लगी और "बोलिया" की लगी प्रकृति का चिह्न/प्रतीक इस सावधान में लगी लगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निस्तर का विधान सहायक)		ACCEPTANCE सम्पूर्ण		REJECTION सम्पूर्ण	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05.07.18	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व एडि. नं.		Shilp Sankar Dasgupta Director Senul Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु					
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED सम्पूर्ण	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आरोपित इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 आरोपित इलाका 2	
		