

APPLICATION No. _____

K/0917/0878

APPLICATION DATE

05.09.17

© 2006 Blackwell Publishing Ltd

SHANTI SANTRA

AGE-YEARS 500-599

528 *Journal of Management Inquiry* 16(5)

अनुसंधान का स्तर

50



FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

LATE HIATU SANTRA

विद्युत्वायुध १५३ भाग

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 10000 10TH AVE. N.W.

GRANDARI PARA KANPUR, AMTA, HOWRAH

7/14/0

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : 7401 JEFFERSON WAY

AS ABOVE

OCCUPATION:

FARMER

TOTAL ANNUAL INCOME:

$$Rs - 1500 \times 12 = 18000/-$$

(Attach Proof of Income)

जम्मू काश्मीर राज्य

(2010 年 12 月 20 日 第 12 次 会议)

PAN No.	4428	4288	4288
---------	------	------	------

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

Year / Age

क्या आप आप का राज है (जो राज्य हो उस पर राजी का विधान लागू)।

10

FAMILY DETAILS: where firm

[illegible]

Basis for requesting assistance (Tick whichever is applicable)

सम्पूर्ण से विश्व विद्यालय

DPL Card (Attach Card Copy) ਸਹੀਦੀ ਰੋਡ ਨੂੰ ਪੀਥੇ ਫੁਲਾਨਾ ਪਾਏ (ਫੁਲਾਨਾ ਪਾਏ ਨੂੰ ਫੁਲਾਨਾ ਫੁਲਾਨਾ ਕਰੋ)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ਫੁਲਾਨਾ ਫੁਲਾਨਾ ਕਰੋ ਫੁਲਾਨਾ ਪਾਏ (ਫੁਲਾਨਾ ਪਾਏ ਨੂੰ ਫੁਲਾਨਾ ਫੁਲਾਨਾ ਕਰੋ)	Ration Card (Attach Copy) ਫੁਲਾਨਾ ਫੁਲਾਨਾ ਕਰੋ (ਫੁਲਾਨਾ ਪਾਏ ਨੂੰ ਫੁਲਾਨਾ ਫੁਲਾਨਾ ਕਰੋ)	Any Other Basis/Proof ਫੁਲਾਨਾ ਕਰੋ ਫੁਲਾਨਾ
--	---	--	---

"PURPOSE" FOR REQUESTING ASSISTANCE

असत्य है कि यह भी किसी का उद्देश्य-

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/टीका से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS CHANAK - RE

ASSISTANCE BEING AVAILABLE FOR SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES

इस प्रयोग में दो बॉल अन्य सामान्य किन्हीं अन्य बॉल से लिये गए हैं?

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा पर):

- 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 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन माना जाय जाय है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह व्यय नहीं है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

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/post-up/republish 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दान, सहायता हेतु प्रचारण से मुझे प्रतिनिधित्व और उपस्थिति के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से उल्लिखित हैं मुझे तथा सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)**

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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँसे-यहाँसे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के अभाव में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अधिकृत हेतु प्राप्त की बिना जाय है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अस्पताल वित्तीय पर उस रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना लगे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुख और गले गले की गरी निम्नोपरी रोगी एवं हस्पताल की होनी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृत/निरास का निरास लगाये)

ACCEPTANCE

सम्मत

REJECTION

निरास

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05.09.17

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No. 38075
Sri Sri Eye Foundation & Research Centre

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व पद, व

Shub Sankar Dasgupta
Director
Sri Sri Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
संस्तुति

REJECTED
निरास