

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0917/0761

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08.09.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

TUKURANI PRAMANIK

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

74

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्य का नाम

AMAY PRAMANIK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BALDIYA PARA, SITARAMPUR, KARDWIP,
SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी 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. स्थायी पता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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	TUKURANI PRAMANIK	74	F	SELF
2	JAGADIS PRAMANIK	36	M	SON
3	SABHI PRAMANIK	45	F	DAUGHTER
4	SIKHA PRAMANIK	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 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 निजी 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 लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई 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, if applicable, for reselection/cancellation.

2) 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.

2) जी इस लेखक का नाम "बलिष्ठा बालदेव" है तो यह सही है, जल्दा जल्दा इसे उद्धृत की गयीं हैं जिसे किताब के लेखक, जो इस प्रकरण में पढ़ा गया है।

3) मैं नहीं मानता हूँ कि जिस साम्राज्य हो वह सर्वोपरि की बात है, उस राजा का अधिकार या समस्त विचार किसी अन्य प्रोडिगियोसामोसस साम्राज्य से बड़े विचार है और न ही अधिकार में नहीं।

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/print-upreproduce 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.

[illegible]

2) मैं (आलेखक) इस बात से साबित हूँ कि सैद मदन, पार, खोटी और विभाग को कि साक्ष्य से उत्तरों से प्रभावित है मुझे तथा: साक्ष्य का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बन्ध में "बोलिया" अपने उत्तरों में जहाँ जहाँ और सम्भवतः होगा।

अन्यत्र नै गणना नै अर्जुन नै विना



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.

हमारे अधिकार, हमारे कर्तव्य की ओर से सम्बन्धित होने को "कॉलेजियल गवर्नमेंस" से मिलित सम्बन्धों में विचारित की जाती है, जिसे हम (हमारे) मिलित प्रभाव से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।

1) यह कि यह से कोषिका और न ही कोषिका में स्थित सामान्य किसी कि सामग्री कोषिका या किसी अन्य कोषा से उठा लेने/मिलने में सक्षम या से नहीं है, बल्कि कि इनके "कोषिका परावर्तन" से विकसित/निर्मित उठा से सामग्री में "कोषिका परावर्तन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोषिका परावर्तन" द्वारा सामान्य किसी कोषिका/सामग्री हेतु समुदायी किमि प्राप्त है से सामग्री किसी अन्य कि सामग्री कोषिका या किसी अन्य सामग्री से सामग्री लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट पता प्राप्त है कि सामग्री स्थित प्राप्त उठा लेने/मिलने हेतु किसी कि सामग्री कोषिका या किसी अन्य सामग्री से नहीं लेने/मिलने।

2. "बौद्धिक सम्पत्ति" से तात्पर्य संरक्षित विधि प्रकृति की है। ऐसी या सम्पत्ति इस से नहीं जाना या बिना उसे जनसमुदाय का सुख उसे एवं सम्पत्ति से होने या बिना है और "बौद्धिक सम्पत्ति" इस किसी प्रकार का कोई पदार्थ नहीं है। इसीलिए सम्पत्ति में ऐसी में इसमें सुख और जाने जाने की तारी विनिर्देशों ऐसी एवं सम्पत्ति को होने और "बौद्धिक" को कोई भीतर या विनिर्देशों इस प्रकार में नहीं होने।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरास का निशान लगाये)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION असम्मत
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06.09.17	Dr. Arindam Deb MBBS, DCO, FRCS Reg. No.-58050 Director Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व टिक व	Dr. Ankur Bagchi Director Director Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. व डॉ. इलाका व टिक व	

SANCTIONED सन्तुष्टि	REJECTED असन्तुष्टि	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इन्द्रका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इन्द्रका 2