

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1017/1050

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09.10.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SAHIDA HALDER

AGE-YEARS आयु-वर्ष

51

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्य का नाम

SABIR ALI HALDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

LASKAR PARA, AMRABERIA, DEBURIHAT,
DANNING-1, 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. सवाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही 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 से संबंध
1.	SAHIDA HALDER	51	F	SELF
2.	SAHANA HALDER	26	F	DAUGHTER
3.	TANUJA HALDER	23	F	DAUGHTER
4.	SABIR ALI HALDER	60	M	HUSBAND

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की प्रतिलिपि प्रारूप पर (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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विपत्ति 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 है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी उद्देश्य के हेतु

DECLARATION by APPLICANT: ☐ હોદ્દા પર સમય મર્યાદા નથી

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जाता है तो मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिली है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस मदद के लिए या भविष्य में कोई भी मदद, पूर्णतया या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (above 200 W001)

- 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/post-on/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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब इसलिए यह संकेत की जाना चाहिये, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायीयों, दान, समर्थन एवं उद्घरणों से सुदृढ़ गतिविधियों और उपस्थितियों में निर्णय किये की प्रशंसा करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे ज्ञान के घटने का कारण बनने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को कि समर्थन के उद्घरणों से प्रशंसित है मुझे स्वतः समर्थन का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

[illegible]

AGREEMENT by HOSPITAL (EVEN DO NOT)

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:

- 2) 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.

इसके अतिरिक्त, इराक़ी की ओर से गणतन्त्रों की "कोशिश कायदेगार" से विधि कायदा हेतु निषेध की गयी है, जिसे इन (इराक़ी) नियमों द्वारा से मान्य न समझा जाने है।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सामग्री किसी भी सामग्री संभवतः या किसी अन्य शक्ति से उक्त ऐतिहासिकता में लीने या ले जाई है, यही कि इनके "कॉलिका फायनेंस" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उक्त के सम्बन्ध में "कॉलिका फायनेंस" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कॉलिका फायनेंस" द्वारा सामग्री किसी अधिकाधिकता हेतु गन्तु यदि किंचित ज्ञात है तो ज्ञातता किसी अन्य भी सामग्री संभवतः या किसी अन्य सम्बन्ध से सामग्री लेने का अधिकाधिकता प्रकृत ज्ञात है। इस प्रकृति में स्पष्ट कहा जाता है कि ज्ञातता विहित गहरा उक्त ऐतिहासिकता हेतु किसी भी सामग्री संभवतः या किसी अन्य सामग्री से जारी लोचनीय है।
2. "कॉलिका फायनेंस" से जो यह सामग्री संभवतः विहित प्रकृति की है। ऐसी या ज्ञातता द्वारा जो यह सामग्री या किंचित अन्य सम्बन्ध/प्रकृति का प्रकृत ऐसी एवं ज्ञातता के बीच का विषय है और "कॉलिका फायनेंस" द्वारा किसी उक्तता का कोई प्रकृत नहीं है। इसीप्रकार ज्ञातता में ऐसी के प्रकृत प्रकृत और अन्य ज्ञात की जारी निष्पत्ति/ऐसी एवं ज्ञातता की ऐसी और "कॉलिका" की कोई अधिकाधिकता या निष्पत्ति इस सम्बन्ध में जारी होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्थिति (स्वीकृत/निरास का निशान लगायें)

ACCEPTANCE
1998REJECTION
 २५५६Date of Surgery
within 30 days

09.10.17

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Signature)
 Director
 Gauri Eye Foundation & Research Centre
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
 on behalf of Hospital)
 नमः नमः शान्तिम् शान्तिम् शान्तिम्

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जयदीप ठाकुर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
अधीन हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
 ३३३

REJECTED
मनाया

by

2.1.1