

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.:

K/1017/1051

APPLICATION DATE:

09.10.17

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

SHIBANI DHAR

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

39

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

ANIL BIHARI DHAR

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास पता

73/1 2 NO GOVT COLONY, KAMARHATI (M)
BELGHARIA, NORTH 24 PARAGANAS, 700056,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION:

LABOUR

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME:

RS. 1200 x 12 = 14,400/-

(Attach Proof of Income)

कुल वार्षिक आय

(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. सत्यापित कर संख्या

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

Yes / NO

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

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 के साथ सम्बंध
1.	SHIBANI DHAR	39	F	SELF
2.	SANJIBO DHAR	44	M	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि अनुसार

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) अवशेषता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विनोद 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 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 चाहूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी में सचुत एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच बनाने के लिये सहायता प्राप्त करने के लिये आवश्यक विवरण की आवश्यकता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर बताना चाहूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताने के लिये दिये गये हैं।

3) मैं यहाँ पर बताना चाहूँ कि मैं इस सहायता से या उसके भाग में, या पूर्णतः या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही सहायता प्राप्त करूँगी।

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 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 इसलिए है क्योंकि वे (अमेरिकन) अपनी सारी की मुक्ति करते हैं एवं "कॉन्सिडरैबल और गंभीर गारंटी" को अधिकृत करते हैं कि वे नए, पुराने, छोटे और बड़े विभाग इस प्रश्न में संलग्न हैं, यहाँ "कॉन्सिडरैबल" एक नए, पुराने, बचकाने दृष्टि में मुझे गारंटी देने और उपस्थिति में लाने के लिए वे प्रयास करने में सक्षम करने के लिए अधिकृत हैं। जो प्रश्न का विभाग में प्रत्यक्ष के उत्तर के रूप में करने के लिए "कॉन्सिडरैबल" व गारंटी अधिकृत है।

2) मैं (समवेत) इस बात से सहमत हूँ कि सेंट्रल एन, एन, एन और विभाग को कि साक्ष्य के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे पता: साक्ष्य का इस्तेमाल नहीं करता। इस समर्थन में "संक्षिप्त" रूप में प्रमाणों का विवरण प्रेषित और सम्बन्धी होगा।

ਸਭਿਅਤਾ ਦੇ ਵਾਤਾਵਰਣ ਨੂੰ ਸੰਗ੍ਰਹਿਤ ਕਰਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

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.

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे स्पष्ट है, इसलिए भी और से धनार्थी को "बोसिया पायंडर" से मिली साक्षात् हेतु विचारों की जाती है, किसे इन (हमारे) किन प्रकार से जान न लीकता बतलें है।

1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में किसी प्राधान्य का किसी और प्राधान्य से उच्च ऐंशिक्यमानों में होने या तो है, जैसे कि अपने "अंतिम प्राधान्य" में विधिविधान/विधि उच्च में प्राधान्य में "अंतिम प्राधान्य" द्वारा गहरा हो कि है। यदि "अंतिम प्राधान्य" द्वारा प्राधान्य विधि अंतिम/अन्त में गहरा या तो कि प्रत्यक्ष है तो अन्तर्गत किसी अन्य और प्राधान्य प्राधान्य या किसी अन्य प्राधान्य से प्राधान्य लेने का अंतिम प्राधान्य प्रमाण प्रमाण है। इस प्राधान्य में गहरा प्रमाण प्रमाण है कि अन्तर्गत प्राधान्य गहरा उच्च ऐंशिक्यमानों में किसी और प्राधान्य प्राधान्य या किसी अन्य प्राधान्य से या तो प्राधान्य/प्राधान्य।

2. "कॉलेजियल फायरिंग" से तो नई सामाजिक संरचना मिलित प्रकृति की है। ऐसी या इसका रूप ही नहीं साधक या विने गने उपपन्नप्रक्रिया का पुनर्जन ऐसी एवं इसका संघर्ष का विषय है और "कॉलेजियल फायरिंग" इस विषय प्रकाश का कोई प्रकाश नहीं है। इसीलिए इसका मत है ऐसी में इसका पुनर्जन और जाने जाने की गरी विभिन्न ऐसी एवं इसका को ऐसी और "कॉलेजियल" को कोई प्रक्रिया या विभिन्न ऐसी इस प्रकाश में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का निश्चय लगाने)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION नसम्मत
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09.10.18	Dr. Anil Agrawal MBBS, MSc, FRCOphth FRCS Reg No. 34799 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नंबर, प.	Sankar Bagchi Director Basant Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तरीक उपयोग हेतु			
SANCTIONED सम्मत	REJECTED नसम्मत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2