

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0118/1625

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

05/01/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

ANNAPURNA SAHA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

BRAJAGOPAL SAHA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

R/139 MAHARAJA NANDAKUMAR ROAD (SOUTH)
BIRNAGAR 9, NORTH 24 PARGANAS, 700036,
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 राजस्व संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावें)

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 के साथ संबंध
1.	ANNAPURNA SAHA	60	F	SELF
2.	SANDIPAN SAHA	33	M	SON
3.	MOHUYA SAHA	30	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधिति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विधिति 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 ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: none go none tv.

- 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 any, 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 नहीं माना जाय तो वह गलत है जो मेरी ग्राहकता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं ग्राहकता के तहत अन्य स्रोतों से राशि नहीं ले रहा हूँ, जो कि मेरी राशि का समकालीन निराकरण करती हो या हो सकेगी है और न ही भविष्य में ऐसा।

AGREEMENT by APPLICANT (below the line)

- 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/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 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 पर अपने उत्तरदाता या जगह की जानकारी, मैं (अर्पितकर्ता) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि वे वेब, पत्र, फोटो और जो विचार इस प्रश्न में शामिल हैं, उसे "कोशिका" समूह न्यायी, घर, सम्बन्धन द्वारा उद्देश्य से चुनी लक्षितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्बन्ध से प्रशंसा करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पितकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वेब, पत्र, फोटो और विचार जो कि उत्तरदाता के उद्देश्यों से प्रशंसा के लिए हैं, स्वतः सहायता का हक्क नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" समूह न्यायी के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अपेक्षा से कम या अधिक का रिजक

Annappurna Saha

AGREEMENT by HOSPITAL (ENTER 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:

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 अधिकतर, इसकाही की ओर से साबित/प्राप्ति को "कोटिका भाग्यदेवता" से विविध साधना देवता निष्पत्ति की जाती है, जिसे हम (हमारे) किम प्रकार से साधन व अस्त्रात्मा करते हैं।

- 1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित प्रावधान किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य स्तर से उच्च ऐंटी-कॉरप्शन में लगे या न लगे हैं, बल्कि कि इनसे "अधिकांश प्रावधानों" से विचलित/अनियमित उच्च को संस्था में "अधिकांश प्रावधानों" द्वारा भंग हो चुका है। यदि "अधिकांश प्रावधानों" द्वारा प्रावधान विहित अधिकांश/अल्पतम हो चुका नहीं है कि वह अल्पतम किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था में प्रावधान लगे या अधिकांश सुनिश्चित करता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पतम ऐंटी-कॉरप्शन भंग उच्च ऐंटी-कॉरप्शन हो चुका है। साक्षरी संस्था या किसी अन्य स्तर से नहीं संभालेगी।
2. "अधिकांश प्रावधानों" से लगे हुए प्रावधानों को विहित प्रवृत्ति को है। ऐंटी-कॉरप्शन द्वारा ही वह प्रावधान या विनियम लगे प्रावधान/अधिनियम का मुख्य ऐंटी-कॉरप्शन इच्छा को और का विनियम है और "अधिकांश प्रावधानों" द्वारा किसी उच्च को कोई दायित्व नहीं है। इसलिए इच्छा में ऐंटी-कॉरप्शन द्वारा और अपने अपने को नहीं विनियमों ऐंटी-कॉरप्शन को छोड़ें और "अधिकांश" को कोई अधिकांश या विनियमों इस मामले में नहीं छोड़ें।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निस्त का निराकरण)		ACCEPTANCE सम्पूर्ण		REJECTION सम्पूर्ण	
Date of Surgery सर्जरी की तारीख 05/01/18	 Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No. 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व एडि. नं.		 Shih Benkar Bagchi Director Retinal Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) यम व पर इलाका अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु					
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED सम्पूर्ण	SIGNATURE of TRUSTEE 1 यमो इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 यमो इलाका 2	
					