

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No. : K/0118/1645  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 05/01/18  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ANOARA BIBI  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 41  
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ANOWER ALI MONDAL  
पिता/सहस्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान :  
BHABLA MATAR PARA, BASIRHAT - I, NORTH 24 PARGANAS, 743422, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासस्थान :  
AS ABOVE



OCCUPATION : MAID SERVANT  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 1000 x 12 = 12000/-  
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : स्थाई आयकर 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 लगाएं) Yes / No हा / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| 1                      | ANOWAR BIBI                                       | 41                         | F              | SELF                                           |
| 2                      | BABI MONDAL                                       | 20                         | M              | SON                                            |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विवक्षित आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किने गये निम्नी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | DIAGNOSIS - CATARACT - LE                                                                    |
| 2                      | SURGERY - LE (MICS + IOL)                                                                    |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिखा गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले 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 any, liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kashioka 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 प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इससे यहाँ पर सहायता यदि "कोईकाम फायदे" के लिए ही मांग रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रमाण पत्र में बताया गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायता से या प्रत्येक की नहीं हूँ, उस पर यदि या अधिक या समान विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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-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 donation 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.

1) इस उद्यम का मूल्य इसका या मूल्य की बात लागू, मैं (सामर्थ्य) अपने सामर्थ्य की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका" कार्यक्रम और उसके मूल्यों " के अधिकृत मूल्य हैं कि यह नए, पुराने, पोटो और जो विचार इस उद्यम में धोखा है, उसे "कोशिका" समूह मूल्यों, रूप, मूल्यमूल्य रूपों उद्देश्य में खुली प्रतिस्पर्धी और उपलब्धियों को निर्देशित करने के द्वारा सामर्थ्य में प्रतीति करने के लिए अधिकृत है। जो उद्यम का विचारों को इसका के मूल्यों या रूप में करने के लिए "कोशिका" कार्यक्रम " व मूल्यों अधिकृत है।

आलेख में इस्तेमाल की गयीं चीजें

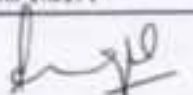
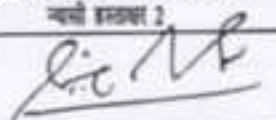


1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation, if the requested assistance is not 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.

(1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित प्रावधान किसी है। साक्षारी संस्था या किसी अन्य स्तरों से उच्च टैरीफपानों में लगे या तो है, यों कि इनने "कोशिका परामर्श" से विचारविमर्श उच्च से समर्थ में "कोशिका परामर्श" द्वारा मर रहे हैं कि है। यदि "कोशिका परामर्श" द्वारा प्रावधान विहित अधिकाधिक हो मनुष्य को नियम ज्ञात है तो अगला किसी अन्य है। साक्षारी संस्था या किसी अन्य स्तरों से उच्चतम लेने का अधिकाधिक प्रतीति प्रदान है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला विहित मर उच्च टैरीफपानों से किसी है। साक्षारी संस्था या किसी अन्य स्तरों से नहीं संयोजनी।

2. "कोशिका पाठ्यपुस्तक" में ली गई गहराई से चर्चा विभिन्न प्रकृति की है। ऐसी या अन्यथा इस ही गई सातक या किने गने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं अन्यथा से चर्चा का विषय है और "कोशिका पाठ्यपुस्तक" इस किन्हीं प्रकृत का कोई चर्चा नहीं है। इसीलिए हमारा निष्कर्ष है कि इस प्रश्न का उत्तर और अन्य चर्चा की गयी किन्हीं-एक ऐसी एवं अन्यथा की होती है और "कोशिका" को कोई प्रक्रिया या किन्हीं-एक इस मामले में नहीं होती।

|                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)<br>संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का विधान लगाये) |                                                                                                                                                                                                                                                                | ACCEPTANCE<br>सम्मत                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | REJECTION<br>समन्वित                                                                  |  |
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>05/11/18                                                          | <br>Dr. Arindam Deb<br>MBBS, D.O. FRCS<br>Reg. No. 55096<br>Koshika Foundation & Research Centre<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व इलाका व टिप्पणी |                                                                                     | <br>Dr. Shankar Bagchi<br>Director<br>Koshika Eye Foundation & Research Centre<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हमारा अधिकृत अधिकारी |                                                                                       |  |
| FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अनधिकृत उपयोग से                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |  |
| SANCTIONED<br>संस्तुति                                                                                  | REJECTED<br>समन्वित                                                                                                                                                                                                                                            | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी इलाका 1                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी इलाका 2                                              |  |
|                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |