

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0118/1655
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 05/01/18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: MANJU NATH
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष
61SEX लिंग
FFATHER'S/SPOUSE'S NAME: ASHWINI NATH
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता

SHANPOKUR PARA HATTE BARA JIRAPUR
WARD NO-22, BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS,
743414, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पता

AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसायTOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. दिया जाता संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए)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 सम्बन्ध
1.	MANJU NATH	61	F	SELF
2.	GOURU NATH	35	F	DAUGHTER
3.	ARUN NATH	32	M	SON
4.	RUPA NATH	30	F	DAUGHTER

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- LE
2.	SURGERY- LE (SICR + 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 वही गई सहायता राशि



DECLARATION by APPLICANT: none per above 11.

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सत्य माना है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मेरी इससे सहायता एवम् "क्षेत्रिक प्रयोजन", से ही का रही है, इसका उपयोग किसी अन्य उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रयोजन की नहीं है, उस एवम् का अधिक या कमाल विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to offer)

- 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 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 का जवाब इसका या जवाब की बात समझकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रदत्त है, उसे "कोशिका" एनएन आई, राज, सम्बन्धन द्वारा इच्छित से मुझे लॉन्गिनिटी और इन्फॉर्मिटी को निवेदित की प्रकाश सम्बन्ध से प्रकाश करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में इसका या जवाब या कर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सम्बन्ध के इच्छित से प्रकाश है मुझे तथा: सम्बन्ध का इच्छित की करता इस सम्बन्ध में "कोशिका" एनएन आई न्यायी का निर्णय अंतिम और सम्बन्धकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ਅੰਦਰੂਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸ਼ਾਂਤਮਈ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।



AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 200-1000)

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, इतालवी की ओर से सम्बन्धितों को "बोरिसो चरान्तेरा" से मिलित प्रमाणों से सिद्धांत की जाती है, जिसे हथ (हामान) रिम पुष्पा से नाम न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो परिवार और न ही परिवर्धन में विधि सामान्य किसी भी सामाजी संस्था या किसी अन्य स्तर से उच्च होती/पावने में लेने का जो दावे हैं, जैसे कि इनने "कोशिका पाठ्यपठन" में विधि/विधि/विधि उच्च को समर्थन में "कोशिका पाठ्यपठन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठ्यपठन" द्वारा सामान्य किसी कोशिका/समस्या हेतु गहुरा नहीं किया जाता है तो अगला किसी अन्य भी सामाजी संस्था या किसी अन्य समर्थन में सामान्य लेने का अधिकार प्रकृत होता है। इस प्रकृति में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला प्रकृत गहरा उच्च होती/पावने हेतु किसी भी सामाजी संस्था या किसी अन्य समर्थन में नहीं होता/पावने।
2. "कोशिका पाठ्यपठन" में ही नई सामान्य कोशिका विधि प्रकृति को है। ऐसी या अगला द्वारा ही नई सामान्य का विधि लेने उपाय/प्रकृति का प्रकृत होती पूर्ण अगला को कोशिका का विधि है और "कोशिका पाठ्यपठन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्ता नहीं है। इसीलिए अगला में ऐसी को प्रकृत प्रकृत और अपने अपने को कोशिका विधि/विधि होती पूर्ण अगला को होती और "कोशिका" को कोई अधिकार का विधि/विधि इस सामान्य में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त या विज्ञान लगाव)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION नसम्मत
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/11/18	 ARINDAM DEB MBBS, D.O, FRCS Reg. No. 58296 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व उद्दि. नं.	 ANURAG SINGH Director Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) पत्र व पर इलाका अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION 内部使用専用印

SANCTIONED सम्पत्ति	REJECTED व्ययम्पत्ति	SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्ययम्पत्ति 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्ययम्पत्ति 2
			