

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0118/1709

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/01/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BALIKA DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

78

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

NANDALAL DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KISORTIMOHANPUR SOUTH 24 PARGANAS.
743983, 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 खाता 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

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	BALIKA DAS	78	F	SELF
2	NANDANIL DAS	85	M	HUSBAND
3	SATYEN DAS	54	M	SON
4	DEBAM DAS	50	M	SON
5	SEPHALI DAS	47	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नीय आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2	SURGERY - LE (SRP + 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

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 reselection/cancellation.

- AGREEMENT by APPLICANT (attach with R-01)

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अपेक्षित की इच्छाएं का संगठन का निष्पत्ति

AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 20 400)

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.

इन्से ज्योतिषधर, इन्साफ़ी की ओर से सम्पले-पेजी की "कोशिका पाठान्दोलन" से विधिप सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, किसे हम (हमसंगत) विना प्रकाश से ज्ञान न समझा पाये है।

- 1) यह कि न तो कोषाग और न ही कोषाग में विविध सहायक किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य स्थापना से उक्त लेखियों में से कोई एक लेखी है, जैसे कि इन "कोषाग सहायकों" से विचारित/विनिर्मित उक्त के सम्बन्ध में "कोषाग सहायकों" द्वारा मगर हेतु कि है। यदि "कोषाग सहायकों" द्वारा सहायक विनिर्मित कोषाग/सहायक हेतु मगर यही किण्व ज्ञान है तो सम्भव कि किसी अन्य भी साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायक लेखी का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्भवतः द्वितीय पक्ष उक्त लेखियों हेतु किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं लेखी/लेखी।
2. "कोषाग सहायकों" में से कोई सहायक कोषाग विविध प्रकृति की है। ऐसी या सम्भवतः द्वारा ही यह साकार या किने गये उपचार/प्रक्रिया का सुचन लेखी एवं सम्भवतः के बीच का विषय है और "कोषाग सहायकों" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए सम्भवतः में ऐसी के द्वारा सुचारु और जाने जाने की गयी विनिर्देशों ऐसी एवं सम्भवतः की होती और "कोषाग" की कोई प्रक्रिया या विनिर्देश इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION संस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>08/01/18</i>	 Dr. Arindam Deb MBBS, D.O, FRCS Reg. No. 58095 S.S. & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व टाइट. नं.	 Dr. Santosh Bagchi Director S.S. & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद सम्पन्न अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED समूह	REJECTED अमान्य	SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योति हरिहर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योति हरिहर 2
			