

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0818/1014
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 09.08.18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: BHRIGUNATH SETH
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAMPRASAD SETH
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

1/2 NANDA BOSE ROAD, TAGORE, KHARDAH,
NORTH 24 PARAGANAS, 700117,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

CONTRACT LABOURER

TOTAL ANNUAL INCOME:

RS. 18000 x 12 = 21,600/-

(Attach Proof of Income)

(आप का सक्षम सिलान)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

Yes / No

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

हाँ / 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 से संबंध
1.	BHRIGUNATH SETH	58	M	SELF
2.	USHA DEBI	50	F	WIFE
3.	ABHIMANU SETH	39	M	SON
4.	BIPRA SETH	35	M	SON
5.	SURAJ SETH	33	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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) उपभोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्षम
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंति 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 सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: NONE TO STATE.

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बता गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो मिलेगी और न ही भविष्य में मिलेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (2019W 001 9001)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस तरह पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे बिना इस तरह से अधिकृत हैं, उन "कोशिका" नाम के लोगों, घर, व्यवस्थापन द्वारा उत्पन्न से मुझे निरीक्षणों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार के प्रकाश करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इस का विचार में इनके से करने का घर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अपनी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रकाश के उत्पन्न से अधिकृत है मुझे स्वतः: सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" नाम के लोगों के निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन के दायता पर जेबे का निगम



AGREEMENT by HOSPITAL (WASHDC 2004)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 इस्लामी की ओर से गान्धेजी को "अहिंसा चरमोत्तम" से विभिन्न कारणों से सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो जीवन और न ही जीवन में विविध साधन किसी भी साधनी संस्था या किसी अन्य अंग से उक्त ऐतिहासिक में ली जा सकती हैं, बल्कि इन "कोशिका पाठ्यपत्र" में निम्नलिखित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका पाठ्यपत्र" द्वारा प्रदत्त है। यदि "कोशिका पाठ्यपत्र" द्वारा साधन विविध अतिरिक्त/सम्बन्ध हेतु प्रस्तुत की जा सकती है तो सम्बन्ध किसी अन्य भी साधनी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से सम्बन्ध लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्ध द्वितीय चरण उक्त ऐतिहासिक हेतु किसी भी साधनी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं होना/होती।
2. "कोशिका पाठ्यपत्र" से ही यह साधन संस्था विविध प्रकृति की है। ऐसी या सम्बन्ध द्वारा ही यह साधन या किसी भी सम्बन्ध/प्रक्रिया का प्रस्ताव ऐसी ही सम्बन्ध के बीच का सम्बन्ध है और "कोशिका पाठ्यपत्र" द्वारा किसी उक्त का कोई दस्ता नहीं है। इसीलिए सम्बन्ध में ऐसी के द्वारा प्रस्ताव और जाने जाने की सभी सम्बन्धों ऐसी ही सम्बन्ध की होती और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया या सम्बन्धों इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE मंजू	REJECTION नमंजू
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09.08-18	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 Sriard Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इम्प्लेंट व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसकेल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED संयुक्ति	REJECTED नकार	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
			