

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रोगकर्ता)



Building Block of Life

APPLICATION NO.: **K 11218 /1802**

APPLICATION DATE: **21/2/18**

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

KRISHNA KALSA(BARU)

AGE-YEARS वय-वर्ष **39**

SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पितृ/पति का नाम

TAPAN BARU

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: पर्यावरण स्थान
**KHARIJAT EAST GARI, KHARIJAT ROAD,
SANDESHKHALI, BURTHI 24, PARLBANES,
743442, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: निवास स्थान
— AS HOVER —

OCCUPATION:
पेशी

HOUSE WIFE

MARRIED (मिहिर) / UNMARRIED (अमिहिर)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक वय

NIL

(Attach Proof of Income)
(वय के साथ संलग्न)

PAN No. एपीएन नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
जब जरा वय कर रहा है (जो वय हो उस पर जरा का नियम लागत)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	KRISHNA KALSA (BARU)	49	F	SELF
2.	BURTHI (Baru)	56	M	HUSBAND
3.	DIPANKAR (Baru)	19	M	SON
4.	SUMANIKAR (Baru)	19	M	SON
5.	DIPAKA (Baru)	14	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी वजह

BPL Card (Attach Card Copy) गर्भवती है वा नीचे उपयोग करा (प्रयोग कर की जाए तो संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जमीन वाले करने करा (प्रयोग कर की जाए तो संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उत्पादक वाले (प्रयोग कर की जाए तो संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई कारण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कोने किसी का उद्देश्यः

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनन्यालयीकारी से आई और गई अधिकारी द्वारा दिलाई गई रिपोर्ट
1.	MAGNUSIS - CATARACT- L

2. SURGERY- L (SICSTROL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य स्रोत से किसी अन्य सहायता को लिया गया है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED किसी गई सहायता की मात्रा

DECLARATION by APPLICANT: ਅਪਲੀਕੇਟਰ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ ਵਿਖੇ:

- 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.
- 4) ਜੇ ਆਪਣੇ ਪਾਸ ਦੀਆਂ ਨਿਤ ਵਾਲੀਆਂ ਮੁਹੱਲੀਆਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਸੁਧਾਰੀ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਸੁਧਾਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- 5) ਜੇ ਆਪਣੇ ਪਾਸ ਦੀਆਂ ਨਿਤ ਵਾਲੀਆਂ ਮੁਹੱਲੀਆਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- 6) ਜੇ ਆਪਣੇ ਪਾਸ ਦੀਆਂ ਨਿਤ ਵਾਲੀਆਂ ਮੁਹੱਲੀਆਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

AGREEMENT by APPLICANT: ਅਪਲੀਕੇਟਰ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ

- 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/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 for 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦੀਆਂ ਨਿਤ ਵਾਲੀਆਂ ਮੁਹੱਲੀਆਂ ਵਿੱਚ "ਕੋਝਿਕਾ ਵਾਡੀਆਂ" ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ "ਕੋਝਿਕਾ" ਦੇ ਨਾਮ, ਪਾਸੇ, ਪਾਸੀਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- 4) ਜੇ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

ਅਪਲੀਕੇਟਰ ਦੀ ਗਜ਼ਾਈ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਆਂਧੀ

AGREEMENT by HOSPITAL: ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ

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.
- 3) ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- 4) ਜੇ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- 5) "ਕੋਝਿਕਾ ਵਾਡੀਆਂ" ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- 6) "ਕੋਝਿਕਾ ਵਾਡੀਆਂ" ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- 7) "ਕੋਝਿਕਾ ਵਾਡੀਆਂ" ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
ਸ਼ੋਭਾ ਦੀ ਰਿਹਾਂ, ਸੰਸਥਾ

Date of Surgery
ਅਧੀਨ ਦੀ ਤੀਬ

5/12/18

Dr. Sankar Bagchi
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
2043 42-509-A KUSHTI & GYM, A,
KUSHTI & GYM

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ਕੋਝਿਕਾ ਵਾਡੀਆਂ

Shri Sankar Bagchi
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
ਜੇ ਅਤੇ ਇਸ ਵਿਖੇ ਅੰਦਰੋਂ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ਨਾਮੀ ਰਿਹਾਂ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ਨਾਮੀ ਰਿਹਾਂ।