

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building lives of life.

APPLICATION No. : K/1218/1803

APPLICATION DATE : 8/12/18

NAME of APPLICANT : AREDA BIBI

AGE-YEARS : 66 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : IMAN ALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : पालिका कार्यालय पर

17/10/2018 HATE TALPOOR KASHI WARD-11
P. S. DHAT NORTH-1 - PARAGANAS - 110012
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : 3425 1234 5678

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
आप आय कर का दाता हैं (को एक या दो या सभी का चिह्न 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 संबंध
1.	AREDA BIBI	66	F	SPL.
2.	IMAN ALI	76	M	HUSBAND
3.	SANJIVAN ALI	40	M	SON
4.	ANJAL ALI	39	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) रहित बीएस के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रती प्रमाण
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.
2.	SURGERY - RE (CATARACT)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई गैर सहायता जारी

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 प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जायेगा तब मात्र मैं उसे सही प्रमाण मानूँगी कि वह सही है।

2) मैं इस बात का प्रमाण देती हूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन", से जो राशि मिली है, उसका उपयोग मैं केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण में ही करूँगी जिस उद्देश्य, को इस प्रमाण में मंजूर है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस प्रमाण हेतु अब किसी भी रूप में, उस राशि का क्षतिपूर्ति या प्रत्युत्पादन किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं करूँगी और न ही भविष्य में करूँगी।

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-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 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 उत्तर इसलिए नहीं दिया गया, कि (अन्यथा) अपनी समिति की पुष्टि प्राप्त है कि "अधिकांश प्रशासन और उसके अंगों" को अधिभूत नहीं है कि वे नए, पुराने, बड़े और छोटे विभाग इस प्रकार में अधिभूत हैं, जो "अधिकांश" समूह में हैं, जो, जगजगत् में प्रचलित हैं, जो मुझे निश्चिन्त और आश्चर्य में डालते हैं कि वे इस प्रकार के प्रत्यक्ष कार्य को निम्न अधिभूत हैं। कि प्रश्न का विचार तो इसमें कि यहाँ कि यह कि यहाँ कि निम्न "अधिकांश प्रशासन" व अंगों अधिभूत हैं।

2) मैं (आवेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और विवरण जो कि सामान्य से स्टाफ़ों में प्रेषित है मुझे क्या: सामान्य का समर्थन नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कॉपीराइट" परन्तु उसके अन्तिम कि भाग और सम्बन्धित होना।

scrierea de genuri se ajută un fiu

AGREEMENT by HOSPITAL: (EXAMINER USE ONLY)

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 other assistance, if the requested assistance is not granted by Koshika Foundation.

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.

हमारे अतिथि, हमारा ही जोर है। हमारे ही जोर है "अतिथि परम्परा" से मिली सम्मान। हमारे ही जोर है, जिसे हम (हमारे) मिले अतिथि से अतिथि व अतिथि अतिथि है।

(*) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में उल्लिखित प्रावधान किसी भी प्रकार की संरक्षण या किसी अन्य तरह से उस पर प्रतिबंधित करने में सक्षम होते हैं।

2. "बौद्धिक संपदा" से तो वह अवलोकन संभव नहीं है। उसे या हमारा हृदय ही नहीं जानता या जिसे वह प्रभावशाली का मुकाबला करने में असमर्थ है और "बौद्धिक संपदा" हमारे हृदय का कोई हिस्सा नहीं है। इसलिए हमारा तर्क है कि हमें इस मुद्दा को नहीं जानने की ज़रूरत है।

सर्वाङ्गुली ओ विष्णु संवत्सृति

Dr. Bhabu Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
on behalf of Hospital)
महानगरपालिका स्वास्थ्य अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ॥ अर्थिक सर्वोदय ॥

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नाम: _____

Erklärung

2018