

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

अवेदन संख्या :

K1128/1875

APPLICATION DATE :

अवेदन तिथि

11/12/18

NAME of APPLICANT :

अवेदन का नाम

SAILEN KUNDU

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M.

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

SATISH CHANDRA KUNDU.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

PATNA MAIN ROAD NORTH KUNDAUM NIMTA
NORTH 24 BARGANNA 800077, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

- AT ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYED.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 अवेदन के साथ सम्बन्ध
1.	SAILEN KUNDU	60	M	SELF
2.	PROTINA KUNDU	51	F	WIFE
3.	SULEKHA KUNDU	23	F	DAUGHTER
4.	RUKMIA KUNDU	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे किसी 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 (SUCCESSION)

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 लगे गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोत्तम एन सीएस एन

- 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 गारंटी करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/असत्य साबित पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से ली गई सहायता, केवल आवेदन में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जायेगी, जिसके लिए मैं सहायता मांग रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से या किसी भी अन्य स्रोत से इस सहायता के लिए कोई भी अन्य रिक्वेस्ट नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach in 400)

- 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 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.
- 1) इस प्रार का अंग्रेजी इरादा का अंग्रेजी की प्रत लपकाने, मैं (अर्जेंट) आगे चलती की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करने हैं कि वे मेरा नाम, पता, चोट और विवरण इस प्रार में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, प्रकाशन करने के माध्यम से मुझे संचालित और प्रदर्शित करने के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग कर सकते हैं। यह प्रार का विवरण मैं इसमें जो चाहें या नहीं करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ट्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्जेंट) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोट और विवरण को बिना किसी भी शर्तों से प्रसारित है मुझे इससे प्राप्त होने वाला कोई लाभ इस मामले में "कोशिका" द्वारा अपने ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

unions de garçons et filles se firent



AGREEMENT by HOSPITAL (RUSH DR 900)

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:

- 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.

हवाई अधिकार, हवाई की ओर से समारोहों की "संरचना प्रारम्भिक" से विभिन्न समारोह से विभाजित की जाती है, जिसे इन (हवाई) विंग प्रसार के रूप में उल्लेख करते हैं।

- 1) यह कि न तो संयोग और न ही शक्ति में विभिन्न स्तरों पर किसी भी सार्वभौम संस्था या किसी अन्य इकाई से क्या ऐतिहासिकता में लेने या ले जाई है, जैसे कि इन "कोटिमात्र सार्वभौमता" से निष्पत्ति/निष्पत्ति क्या वे समझ में "कोटिमात्र सार्वभौमता" द्वारा प्राप्त हो जाते हैं। यदि "कोटिमात्र सार्वभौमता" द्वारा सार्वभौमिकता अधिकार/अधिकार से प्राप्त नहीं किया जा सकता है तो अवधारणा किसी अन्य भी सार्वभौम संस्था या किसी अन्य समझदार से सार्वभौम लेने या अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाते हैं कि अवधारणा ऐतिहासिक गति, क्या ऐतिहासिकता से प्राप्त किसी भी सार्वभौम संस्था या किसी अन्य सार्वभौम से नहीं संभव होती।
2. "कोटिमात्र सार्वभौमता" से ही यह सार्वभौम संस्था विभिन्न प्रकृति की है। ऐतिहासिक या इतरांतर द्वारा ही यह सार्वभौमता या किसी भी अवधारणा/अधिकार का प्रमाण ऐतिहासिकता से प्राप्त अवधारणा से प्राप्त है और "कोटिमात्र सार्वभौमता" द्वारा किसी अवस्था या कोई अवस्था नहीं है। इसीलिए सार्वभौमता में ऐतिहासिकता से प्राप्त अवस्था और अन्य अवस्था की सारी निष्पत्ति ऐतिहासिकता से प्राप्त अवस्था की होती है और "कोटिमात्र" की कोई अवस्था या निष्पत्ति इस अवस्था में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वास्थ्य के लिए संतुष्टि

Date of Surgery अक्षरों में लिखें 11/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, DD, DNB, FRCS Reg. No. - 50571 (Name of Ds. & Regn. No. with Stamp) डॉ. के. के. घोष एम्.बी.बी.एस., डी.एन.बी., एफ.ए.सी.एस. रजि. नं. - 50571	Shish Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) श्री शिशु संकर बागची निदेशक
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत प्रयोग केवल

SIGNATURE of TRUSTEE 1 साथी इलाक़ा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 साथी इलाक़ा 2
	