

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1212/2009

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/12/18

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

DIPALI SWARNAKAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

98

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

SUDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

PARGANAH DARGACHA PUR NORTH BY
PARGANAH WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : आयकर पत्र संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को यहाँ से उचित पर चिह्नित करें)

Yes / No

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 के साथ सम्बन्ध
1.	DIPALI SWARNAKAR	98	F	SELF
2.	RAHUL SWARNAKAR	62	M	SON
3.	SUJIT SWARNAKAR	48	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) यदि कोई रेशन कार्ड है तो उसे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे किसे किसे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय रिपोर्ट/प्रेस्क्रिप्शन जोड़े जाते हैं या नहीं उद्देश्य हेतु प्रमाण
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.
2.	SURGERY - RE (Cataract)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कोई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: જાહેર કરું છું કે મારું નામ _____ છે.

- 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 Koushika 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 यहाँबताना हूँ कि इस प्रत्येक में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सही बनकर गलत यात्रा प्राप्त है तो मेरी प्रार्थना सिद्ध की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँबताना हूँ कि "अभिलेख प्राप्तकर्ता", जो जो जा रही है, प्रत्येक प्रत्येक सही और सही सभी सही के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में प्राप्त है।
- 3) मैं यहाँबताना हूँ कि मैं इस प्रत्येक से प्राप्त नहीं करूँगी, या सही या सही या सही प्राप्त किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो प्राप्त है और न ही भविष्य में प्राप्त।

AGREEMENT by APPLICANT (PRINT THE WORD)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 प्रश्न का जवाब दायता या जमाने की बात सम्बन्ध में (अर्थात्) मांगी जा रही चीजें क्या हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके पदाधिकारी" को अधिकृत बताना कि वे मेरा नाम, पते और कोई विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, इसे "कोशिका" द्वारा पत्रों, कार, सम्बन्धन द्वारा उत्प्रेषण से मुझे वित्तियुक्ति और सहायताओं के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने में लिप्त अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरी दायता में अपने या कर्म के कार्य में लिप्त "कोशिका फाउंडेशन" या पदाधिकारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि वेद भक्त, यज्ञ, योग और विचार को हि संस्था में उत्प्रेषण से उचित है मुझे तथा: साक्षात्कार का सम्बन्ध नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके पदाधिकारी का निर्णय अंतिम और सम्बन्धी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

આલેક્સાન્ડરે કહ્યું હતું કે આ સંપૂર્ણ રીતે સાચું છે.

AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 200-400)

By affixing her/his/their signature, 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.

हमारे अतिथिगृह, बंगलावाली की ओर से आपसे-आपसे को "अतिथिगृह आवासीय" से मिलिए आवासीय गुरु विचारों की आवाही है, जिसे हम (हमसे) मिले प्रकाश से प्रकाश में प्रकाशित करते हैं।

1. यह कि न तो चर्चारा और न ही अभियान में किसी सहायक बिजली या सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य संस्था से उच्च लेखिकाओं को लेने या ले जाने है, बल्कि कि इनके "भौतिक सार्वजनिक" से डिपेंडेंसी/विधि उच्च को समर्थन में "भौतिक सार्वजनिक" द्वारा प्राप्त है। यदि "भौतिक सार्वजनिक" द्वारा सहायक बिजली सार्वजनिक/उच्च से प्राप्त नहीं किया जाता है तो सहायक बिजली अन्य या सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अभियान प्रारंभ करता है। इस प्रारंभ में उच्च कहा जाता है कि सहायक प्रारंभ प्राप्त उच्च लेखिकाओं से प्राप्त बिजली या सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेने/लेने।
2. "भौतिक सार्वजनिक" से लेने या सहायक संस्था प्रारंभ प्रारंभ की है। लेने या सहायक द्वारा लेने या सहायक या बिजली को उच्च/उच्च/उच्च का प्रारंभ लेने को सहायक लेने या बिजली से और "भौतिक सार्वजनिक" द्वारा बिजली उच्च या लेने प्राप्त नहीं है। हालांकि सहायक में लेने को सहायक प्रारंभ और लेने को लेने बिजली/लेने को सहायक लेने को लेने और "भौतिक" को लेने प्रारंभ या बिजली/लेने उच्च प्रारंभ में नहीं लेने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसदीय

Date of Surgery अक्षरों में लिखें 14/12/18	Dr. K. Ghosh SES, DO, DNB, FRCS Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) स्त्रोत की ओर से हस्ताक्षर करें	Shub Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद सम्पादन अक्षरों में लिखें
--	---	--