

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षण)

APPLICATION NO.: ८१२५२/२०३१
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: १३/१२/१८
आवेदन तिथि:

NAME OF APPLICANT:
आवेदन करने वाले का नाम:

AGE-YEARS वय-वर्ष
62

SEX लिंग
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम:

SAMBHUNATH DEY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी ठाकुर
G.T. ROAD, SHANTI NARAYANA HOSPITAL, KOLKATA - 700049.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्ति अवधीन ठाकुर

— A8 TOWER —



OCCUPATION:
पेशी

UN EMPLOYED

MARRIED (प्रियंक) / UNMARRIED (अप्रियंक)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक वाताना

NIL

(Attach Proof of Income)
(अप्रियंक का सामाजिक स्वामान)

PAN No.: ०००००००००००००

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
क्या आप जब जब राज हैं? (जो जाति हो जाते हैं वह निश्चय स्वामान)

Yes / जी
No / नहीं

FAMILY DETAILS घरेलू विवर

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरेलू के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant घरेलू के साथ सम्बन्ध
१	PATIT PAGAN DEY	67	M	SELF
२	ASITA DEY	59	F	WIFE
३	PRIYANKI KUNDU	31	F	DAUGHTER
४	PRYANKA DEY	23	F	DAUGHTER
५	DEEPAKNATH DEY	26	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरित वाताना

SPL Card (Attach Card Copy) एसपीएल के लिये उपलब्ध वाताना (उपलब्ध वाताना की साथ दी जानी वाली कागजात)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसएडवार्स के लिये उपलब्ध वाताना (उपलब्ध वाताना की जाकर्ता दी जानी वाली कागजात)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (उपलब्ध वाताना की जाकर्ता दी जानी वाली कागजात)	Any Other Basis/Proof अन्य कीमी वाताना
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु लिये गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्यविवरों के लिये दी गई अधिकारी द्वारा दिए गए दस्तावेज़ वाताना
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIC & TIC)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
उस उद्देश्य के लिये अन्य स्रोतों द्वारा दी गयी वाताना की विवरण यहाँ दीजिए:

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED दी गई वाताना की मात्रा

DECLARATION by APPLICANT: मेर्यादा द्वारा घोषित करता

- 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) ਮੈਂ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਵਿੱਚ ਦੇਂਦੀ ਹੀ ਅਮੁੰਤਰ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਪਰੋਂ, ਇੱਥੇ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਜਾਨਕਾਰੀ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
 - 2) ਇਸ ਵਿੱਚ ਦੇਂਦੀ ਹੀ "ਜ਼ਰੂਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ", ਜੋ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਸਾਡਾ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਜੋ ਉਸ ਦੀ ਯੂਧੀ ਦੀ ਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਵੇਖ ਜਾਂਦੀ, ਜੋ ਇਸ ਵਿੱਚ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
 - 3) ਇਸ ਵਿੱਚ ਦੇਂਦੀ ਹੀ ਕਿ ਇਸ ਵਿੱਚ ਦੇਂਦੀ ਹੀ ਵੱਡੀ ਹੈ, ਜੋ ਇਸ ਵਿੱਚ ਦੇਂਦੀ ਹੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

AGREEMENT by APPLICANT (affix your mark)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/replicate/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) यह तत्व पर अपने समाज का गंभीर भी बना सकता है (जोड़ें) मार्गी विद्युती भी युद्ध विजय है यह "विद्युत विजय और विनाश" का विपरीत विजय है, यह "विद्युत" एवं उत्तरी, दक्ष, विद्युत युद्ध विनाश है यही विनाशकीय और विजयकीय है जिसे विद्युत विजय का नाम दिया गया है।
 - 2) ये (जोड़ें) यह तत्व के लाभ है जिसे विजय, विनाश, विनाश और विजय जैसे विभिन्न विकल्प देखा जाता है यही विनाश विजय के लाभ का विकल्प है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

Notes on Figure 10



AGREEMENT by HOSPITAL (Article 200)

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.

काम करने वालों की संख्या ने अपनी गतिशीलता को "विकास प्रणाली" में दिखाया है जिसमें बहुत अधिक विविधता भी आती है, जिसे इस (विकास) नियम द्वारा भी नाम दिया गया है।

- 1) यह कि वह संस्कार और उसी अवधि में निश्चित समाज के लिये अन्य लोगों से उसका दैर्घ्यावधि में लंबे या लंबे है, जैसे कि इनमें "भौतिक वात्सल्यादाता" में निश्चितावधिवाही वात्सल्य में जाता है। "भौतिक वात्सल्यादाता" इस वात्सल्य की दृष्टि से भौतिक वात्सल्य है। इसका लंबा या लंबा है जैसा कि वात्सल्य के लिये अन्य लोगों का वात्सल्य अप्रतिष्ठित वात्सल्य है। इस पृष्ठ में बताया गया है कि वात्सल्य दैर्घ्यावधि वात्सल्य दैर्घ्यावधि है जैसे कि वात्सल्य का दैर्घ्यावधि वात्सल्य में लंबा है।

2. "ਅੰਮ੍ਰਿਤ ਪਾਰਦੇਸ਼" ਦੀ ਹੋ ਵੱਡੀ ਸਥਾਨ ਬੰਦੂ ਮਿਲਿ ਸ਼ੁਭੀ ਹੀ ਹੈ। ਏਥੇ ਜਾ ਇਸਤਰੀ ਦੂਜੀ ਹੀ ਵੱਡੀ ਯਤਨ ਦੀ ਵਿਖੇ ਹੋ ਵੱਡੀ ਰਾਗਧਾਰਿਕ ਕਾ ਪ੍ਰਕਾਰ ਹੋਵੇ ਏਥੇ ਇਸਤਰੀ

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अंतिम दि. सर्जी 13/12/18	 Dr. ANKUR AGARWAL M.S., M.D.(Surgery) Reg. No. 25714 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) गोपनीय डॉ. अंकुर एग्रवाल बी.एस.	 Shubh Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) बाबू शुभ संकर बागची
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION काशिका फूंडेशन

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी विश्वा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी विश्वा 2
	