

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(जलवाय रोगपत्र)

APPLICATION NO.: K/1218/2154

APPLICATION DATE: 21/10/18
नवीनीत तिथि

NAME OF APPLICANT:
राजकीय का नाम

AGE-YEARS वय-वर्ष
62

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

GOURANGA BANIK
GOUPALRAO GOURANGA BANIK ५२
BANIK TALUKDAH WEST BENGAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थान

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: व्यापार स्थान

Koshika
foundation
Building Blocks of Life



PC PROOF:-

OCCUPATION:
पेशी

SECURITY GUARD

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक व्यय

Rs 1860x12 = 2160/-

(Attach Proof of Income)
(व्यय का सब्बा दस्तावेज़)

PAN No.: एपीएन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप इनकार्ड का है (जो खाता ही उस पर लाई जा सकता है)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरेलू विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरेलू के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अप्पील के साथ जड़ावपूर्ण
1.	LAXMIKANTA BANIK	62	M	SELF
2.	REENA BANIK	40	F	WIFE
3.	MADHUSUDAN BANIK	38	M	SON
4.	PRITU BANIK	35	M	SON
5.	SUKDEEP BANIK	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
इन्हें क्यों लिये जाना चाहिए

EPL Card (Attach Card Copy) गवर्नर रिकॉर्ड के लिए दस्तावेज़ का (दस्तावेज़ को जारी की जाना चाहिए)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन व्यवहार के दस्तावेज़ का (दस्तावेज़ को जारी की जाना चाहिए)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड का (दस्तावेज़ को जारी की जाना चाहिए)	Any Other Basis/Proof अन्य की दस्तावेज़

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

इन्हें क्यों लिये जाना चाहिए:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जलवाय/दौषित्र में जारी की गई डिजिटल सूची में
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RF
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए किसी अन्य स्रोत से किसी अन्य स्रोत से किसी अन्य को?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED किसी अन्य स्रोत से किसी

DECLARATION by APPLICANT: मेरा यह पूछी जा

- 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 ਇਸ ਪੇਸ਼ ਦੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਵਿਖਾਵ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਅਧਿਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੀ ਹੈ ਜੋ ਆਪਣੀ ਵਿਖਾਵ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਵਿੱਚ ਵੱਡੀ ਹੈ।

2) ਮੈਂ ਇਸ ਵਿਖਾਵ ਦੀ "ਜ਼ਰੂਰੀ ਪਾਸ਼ਨੁਕਾਂ", ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਵਿੱਚ ਵੱਡੀ ਹੈ, ਜਿਸਾਂ ਵਿਖਾਵ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਵਿੱਚ ਗੁਪਤ ਦੀ ਲੋੜ ਵਿਖਾਵ ਵਿੱਚ, ਜੋ ਇਸ ਪੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਵੱਡੀ ਹੈ।

3) ਮੈਂ ਇਸ ਪੇਸ਼ ਦੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਵਿਖਾਵ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਅਧਿਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਵਿੱਚ ਵੱਡੀ ਹੈ।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or 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/put-up/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 Kastika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रात या रात्रि समय के अंदर भी यह सम्भव है (ज्योतिष) कानूनी वकाली की उपेक्षण कानून द्वारा "वैदिक वाचादेशन और जाहां व्याधीर्ण" भी अधिकृत कानून द्वारा योग्य नहीं होता है, जबकि "वैदिक" एवं जाहां, या, याचनाएँ युक्त ग्रन्थों से युक्ती विवेचितर्वता भी जातिविभाव द्वारा निर्दिष्ट ही यह सम्भव न होती होती है। यो यह का विवरण भी इसमें से एकांश के बारे में योग्य द्वारा दिए "वैदिक वाचादेशन" व व्याधीर्ण अधिकृत है।
 - 2) ये (ज्योतिष) तथा यह सम्भव है कि योग्य वकाल, या, वकाली की विवरण वो यह सम्भव है कि वकाल के वापरोंमें वापरी है युक्त वकाल, याचना का उचित भी वकाल। इस सम्बन्ध में "वैदिक" एवं जाहां व्याधीर्ण द्वारा निर्दिष्ट विवरण भी अधिकृत हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

संस्कृत वाचन का अर्थ



AGREEMENT by HOSPITAL (PRINT OR SIGN)

By affixing her/himself, 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 this matter.

en el seu entorn. Així, el seu objectiu no és fer-se ammirar, sinó de fer-se acceptar. El seu estil es basa en la simplicitat i la honestitat.

- 11) यह कि तो संसारी और तो भूमिका में विशिष्ट सामग्री किसी ने प्राप्त करने से लाभ नहीं हुआ है, इसके बजाए उनका जीवन अच्छा हो गया है।

² "Gulfstream" is a trademark of Honeywell International Inc.

“**विद्युत विभाग**” का नाम एक विभिन्न विभागों का समूह है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery

Dr. K. Ghosh
M.B.B.S,D.O.,D.N.B.,F.R.C.S.
Reg. No.-50971

Chetan Shubh Senkar Bagchi
Director
Surya Eye Foundation

FOR INTERNAL USE OF KOSHIDA FOUNDATION www.koshida.jp

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
उपायी वार्ता 2

Safary

John B. Hause