

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

समाजस्ता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(अधिकारी देवदत्त)



Building points of life

APPLICATION No.: संवेदन नंबर:	14/12/18/2133	APPLICATION DATE: संवेदन तिथि:	22/12/18	Building No. of Hs.		
NAME OF APPLICANT: उपीकरण का नाम:	MANJU SINHA		AGE-YEARS: वय-वर्ष:	56	SEX: लिंग:	F.
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पितृ/स्पouse का नाम:	JIHANTU SINHA		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास स्थान पर्याप्त जागरूक रूप से 18/44A CHAIL PRIVITY KOTI, WARD 10-34, BALA GHATTA KALKAJI WEST PANCHAYAT.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी वास स्थान पर्याप्त जागरूक रूप से				— AT PRESENT —		
OCCUPATION: पेशी:	COOK		MARRIED (छोड़ा) / UNMARRIED (अछोड़ा)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	Rs. 15000 x 12 = 18000/-		(Attach Proof of Income) (आय का प्राप्ति चिन्ह)			
PAN No.: TIN/TIN संख्या:						
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable) आप आय दर्ता करते हैं? (जो सम्बन्धी उम्र का वर्षीय विवर सहित)				Yes / No हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS: परिवार विवर						
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant उपीकरण के साथ सम्बन्ध		
1.	MANJU SINHA	56	F	SELF		
2.	JIHANTU SINHA	38	M	HUSBAND		
3.	PIYUSH SINHA	34	M	SON		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) आवश्यकता के लिए चिन्हित करें						
BPL Card (Attach Card/Copy) एकली टीका के लिए प्रधान पात्र (प्रधान पात्र की अपीली संतान की)	EWS Certificate (Attach Certificate/Copy) आवास कार्य सम्बन्धी पात्र (प्रधान पात्र की अपीली संतान की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रधान पात्र की अपीली संतान की)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्डी साधन			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: आवश्यकता हेतु दिये गये चिन्हित का उद्देश्य:						
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्यविज्ञान से जारी की गई डिलीवरेंट सूची संतान					
1.	DIAGNOSIS - CATARACT L.					
2.	SURGERY - L. (CICSTIOL)					

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
in FORM of अन्य स्रोत से समान उद्देश्य के लिए मद्दत की?

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन द्वारा

- 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/financier company, of the amount for which this assistance is requested.
 - 1) ये सभी जानकारी विद्युत विभाग के अनुसार वाले हैं तो यह विभाग एवं वर्क बोर्ड वाले हैं तो यह विभाग एवं वर्क बोर्ड ही आवश्यक है।
 - 2) ये जो जानकारी "विद्युत विभाग", या वो नहीं है, उसका उपयोग कोई विद्युत विभाग, विद्युत विभाग, या इसके बाहर के वर्क बोर्ड है।
 - 3) ये जो विद्युत विभाग है वह विभाग की नहीं है, जो विद्युत विभाग विद्युत विभाग के अन्तर्गत विद्युत विभाग की नहीं है विद्युत विभाग की नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (either or both)

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

मार्गिक व अन्यत्र एवं अन्यत्र



AGREEMENT by HOSPITAL (1500-1501)

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.

यह अफगू, राजसी या और सं समितियों को "कोशिका पाठ्यक्रम" में विद्युत भाग में विवरित की जाती है, जिसे हम (उम्मीद) निम्न उच्चार से सन्दर्भ करते हैं।

 - 1) यह कि हम लोग आपने और व ही अधिकारी में विद्युत भाग कियो हैं और आपनी संस्था या विद्युत अन्य लोगों में से या से नहीं है, ऐसे ही इसने "कोशिका पाठ्यक्रम" में विवरितीय अन्य सभी में "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा प्रदान होता है। यह "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा भाग में विद्युत विवरितीय अन्य सभी को दिया जाता है ताकि विद्युत अन्य सभी को दिया जाए। इस पृष्ठे में सबूत यह है कि अन्य सभी को दिया जाए। इस पृष्ठे में सबूत यह है कि अन्य सभी को दिया जाए।
 - 2) "कोशिका पाठ्यक्रम" में ही यह भाग आपने विद्युत विवरिती की है। ऐसी यह भाग में १० वर्ष विवरिती का शुल्क होता है एवं इसका बिल है और "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा विद्युत अन्य सभी को दिया जाता है। यह विवरिती अन्य सभी को दिया जाता है और यह विवरिती अन्य सभी को दिया जाता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अंडोलन की तिथि 22/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS,DO,DNB,FRCS Reg. No.-50971 (Niramit Eye & Heart Hospital)-Centre रामेश्वर का नाम व हस्पताल मे रखा ग.	Sankar Bagchi Director Niramit Eye & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत वीकासी
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
SARAH JONES

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नवाजी फैसल 2

Sfängt

Eric