

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: K/0119/2218

APPLICATION DATE: 02.01.2019
आवेदन तिथिNAME OF APPLICANT:
जीवक का नाम
PURNIMA ADHIKARIAGE-YEARS वय-वर्ष
62SEX सेंद्रिय
F.FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
जीवक का नाम
ARUN ADHIKARIPRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक वास्तविक पाठ
DASHPURA HAUTE VALLEY SHRI HARSHVATI KADIGUAR
PARA 3, BASIRHAT NORTH 24 PARGHATAK 703413
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक वास्तविक पाठ

— AS ABOVE —

OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (प्रेरित) / UNMARRIED (विवेचित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(जीवक का सालाना संकेत)

PAN No. श्रीमती का प्राप्त संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
मैं इन अधिकारों का वास्तविक संहारण कर रहा हूं (जो यानि हो यह पर मही का विवरण लालची)Yes / नहीं
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS जीविता विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member जीवित के सदस्य का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant जीवक के साथ सम्बन्ध
1.	PURNIMA ADHIKARI	62	F	SELF
2.	ARUN ADHIKARI	56	M	HUSBAND
3.	SUSANTA ADHIKARI	27	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनियोग

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षण
गवर्नरी टेक के दोषों प्रयोग पर (प्रयोग पर की गई गति संतुलन की)	जन अधिकारी के प्रयोग पर (प्रयोग पर की गई गति संतुलन की)	उपर्योगी कार्ड (प्रयोग पर की गई गति संतुलन की)	अन्य कोई साक्षण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियोग का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से बाहरी योगी जीवित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-L.E.
2.	SURGERY - R.F. (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता दिनी अन्य संस्थान से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य संस्थान का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED भी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT : आवेदक द्वारा घोषणा करा :

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूं कि इस अकड़ा में लिखे गए विवरण पूर्ण जाहिने के बहुतायत से एवं सती हैं। यदि उन्हें विवरण एवं काम कराते हैं तो ऐसे विवरण किसी की कानी हैं।
- 5) मैं इस अकड़ा की "कोशिका यात्रावेताहा", में भी जा चुका हूं, जहां वर्षा वर्षीय ड्रेस की तृटीय दिनों के लिए विषय करायेंगे, जो इस अकड़ा में योग्य नहीं हैं।
- 6) मैं यूनिवर्सिटी द्वारा दिए गए अधिकारों को छोड़ देता हूं कि विवरण के लिए कोशिका यात्रा की जांच विषय की बन घोषित/प्रकाशित करायी जाए।

AGREEMENT by APPLICANT : आवेदक द्वारा करा :

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/ publish/pull-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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 3) हम इस अकड़ा के किसी भी दूसरे विवरण, या जाहिने की तृटीय दिनों के लिए "कोशिका यात्रावेताहा" को घोषित करता हूं कि यह काम, यदि, खोले और जो विवरण इस अकड़ा में लिखा है, उसे "कोशिका" द्वारा, यात्री, दूर, यात्रावेताहा द्वारा घोषित होने वाली कोशिका यात्रावेताहा विवरण से अद्वितीय तरीके द्वारा प्राप्त होना चाहिए।
- 4) मैं (आवेदक) इस अकड़ा में घोषणा करता हूं कि मेरे बाय, यात्रा, खोले और विवरण जो कि यात्रावेताहा के बहुतायत से दर्शाये जाते हैं, मुझे नहीं चाहता। यात्रावेताहा का अकड़ा यात्री काम इस समय में "कोशिका" द्वारा यात्रावेताहा को घोषित करने और घोषित करना चाहिए।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के द्वारा दिए गए अंगुष्ठ का विषय



AGREEMENT by HOSPITAL : अस्पताल द्वारा करा :

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:

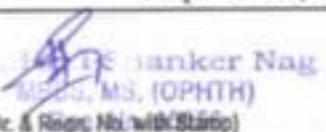
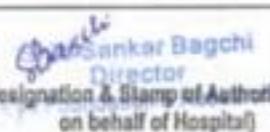
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इनमें अधिकृत, उपकारी को जो यात्रावेताहा को "कोशिका यात्रावेताहा" से विविध यात्रावेताहा से दर्शाया जाता है, वही इस (यात्रावेताहा) विवरण से यात्रा विवरण का जाहिना काम है।

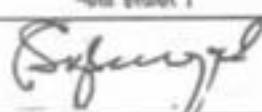
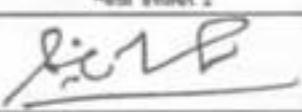
1) यह कि वे से यात्रियों द्वारा नहीं घोषित होने वाली यात्रावेताहा के बाय, यात्रा, खोले विवरण से यात्रा विवरण को जाहिना काम होना चाहिए। यह कि इन्होंने "कोशिका यात्रावेताहा" से विविध यात्रावेताहा को यात्रा विवरण को घोषित कराया है। यदि "कोशिका यात्रावेताहा" द्वारा यात्रावेताहा विवरण अद्वितीय तरीके द्वारा घोषित होना चाहिए। यह यूनिवर्सिटी द्वारा कराया जाता है कि यात्रावेताहा घोषित नहीं होना चाहिए। यह यात्रावेताहा को यात्रा विवरण से नहीं दर्शायेंगे।

2) "कोशिका यात्रावेताहा" में यों यह यात्रावेताहा को घोषित जूँगा जाता है। यों यह यात्रावेताहा द्वारा दर्शाये जाने वाले यात्रावेताहा का युक्त एवं दर्शाया जाने वाले यात्रावेताहा का युक्त नहीं होना चाहिए। इसलिए यात्रावेताहा में यों यह यात्रावेताहा को घोषित कराया जाना चाहिए।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति**

Date of Surgery यात्रावेताहा की तिथि 02-01-2019	 Dr. Ankur Nag MD, MS, (OPHTH) राष्ट्रीय न्यूरो-वाईट्रियल रिसर्च सेंटर	 Dr. Sanket Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) राष्ट्रीय न्यूरो-वाईट्रियल रिसर्च सेंटर
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION बहुवर्ती उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामीय उपरांग 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामीय उपरांग 2 
--	---