

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0110/2538
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 15.01.2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SABITA MUKHERJEE
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
54

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HIRALAL MONDAL
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

53, DEAFINDRA CHANDRA DEY ROAD, TATARA,
KOLKATA 700115, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: HOME MAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / 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.	SABITA MUKHERJEE	54	F	SELF
2.	BIKASH MUKHERJEE	32	M	SON
3.	DALASH MUKHERJEE	31	M	SON
4.	TUMPA MUKHERJEE	20	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विन्ति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के दोबरे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विन्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT
2.	SURGERY - LE (STIC + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **জানকি দেবী জৈন**

- 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) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता दिया है।
- 3) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न पूछा जा रहा है, उस एवम् का व्यय या प्रत्युत्तर किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ली गया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING TO WORK)

- 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 ज्ञाने इलाका या जगहों की जगह समझकर, मैं (अपने/एक) अपने सम्बन्धी की मुझे बताऊँ हूँ एवं "कॉलेज का पार्किंग और उसके ग्यारों" को अभिवृत्त करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटी और जो विभाग इस प्रश्न में कोषित है, उसे "कॉलेज" एवं ग्यारों, घर, सम्बन्धित एवं उद्देश्य से मुझे अभिवृत्त और उपलब्धियों को लिखे बिना भी उत्तर सम्भव हो सकता है। मैं इस प्रश्न का विभाग में इसका भी पता या घर में करने को लिखूँ "कॉलेज का पार्किंग" व ग्यारों अभिवृत्त है।

2) मैं (अपने/एक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटी और विभाग जो कि सम्बन्धित को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे बताऊँ: सम्बन्धित का इलाका पता बताऊँ। इस सम्बन्ध में "कॉलेज" का नाम उसके ग्यारों का लिखे अभिवृत्त और सम्बन्धित होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

unirea și eșecul în scribi au fost



AGREEMENT by HOSPITAL (IF YOU DO NOT)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hecolal) hereto 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.

1) यह कि न तो सर्वोपर और न ही सर्वोपर में विविध सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य उद्योग से उच्च लेवियों/गोपनीयता में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोलिका पाय-टोरान" से सिमलिका/सिमेनिका उद्योग को समर्थन में "कोलिका पाय-टोरान" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोलिका पाय-टोरान" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु मनुष्य की किताब जहाँ से ले आया जाता किसी अन्य भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उच्च लेवियों/गोपनीयता हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।

[illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

बगरीकाली के विपु संरक्षित

Date of Surgery अस्त्राण की तारीख 15.01.2019	 Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	 Sankar Bagchi Director Cancer Detection & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) कम व हर इलाका अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इशराफत 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इशराफत 2
	