

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0119/3772

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

24/01/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

JAGADISH MOHANTA

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

SEX लिंग

70

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

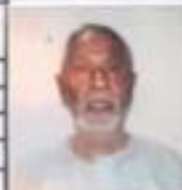
KANAK MOHANTA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KULBERIA, BEMANGACHI, NORTH 24 PARGANAS
749044, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

= AS ABOVE =



OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYED.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो खाना हो उस पर सही का चिह्न 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	JAGADISH MOHANTA	70	M	SELF
2	URMILA MOHANTA	67	F	WIFE
3	BESHMO MOHANTA	39	M	SON
4	MEENA SARKAR	46	F	DAUGHTER
5	STINA KUNDAR	53	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आर वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पुष्टि संलग्न
1.	DEGENERATION - CATARACT - RE
2.	SURGICAL - Rt (SICIL 104)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: **ਸਰੋਤ ਦਾ ਨਾਂਗਾ ਨਹੀਂ**

- 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 यहाँ पर कबल यह कि इस प्रमाण पत्र में मैंने सच सच कहा है। यदि कोई झूठा कथन होगा तो मेरी प्रार्थना को भी खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर कबल यह कि यदि मुझे कश्मिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता की मांग की थी।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि मैंने भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से, जिस सहायता के लिए मैंने इस प्रमाण पत्र में मांग की थी, उस सहायता का भुगतान नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE NEW 200 W300)

- 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/post-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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने ज्ञानाया या अपने की बात साधकर, मैं (अनुरोध) अपने सामर्थ्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉलेजियल प्रार्थना और उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विद्यालय इस प्रश्न में चर्चित है, उसे "कॉलेजियल" एवम् न्यायी, राज, आचरण एवं उद्देश्य से मुझे अभिविधि और उपस्थिति के तन्त्रे विधियों को प्रसार साधन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विद्यालय की प्रत्यक्ष को पत्रों या कार से करने के लिए "कॉलेजियल प्रार्थना" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अनुरोध) इस बात से साक्ष्य हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विद्यालय को कि साक्ष्य को उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः साक्ष्य का उपयोग नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कॉलेजियल" एवम् उसके न्यायी को निर्णय अधिक और आचरणकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB'S IMPRESSION:

अधिकांश में वास्तव में अंग्रेजी का विद्यमान

AGREEMENT by HOSPITAL. (HSPH08 00 000)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

बुद्धों की शिक्षा के अनुसार, दुनिया में सब कुछ बदल रहा है, और हमें इस बदलाव के साथ चलना होगा।

- 1) यह कि न तो संघर्ष और न ही सहिष्णुता में स्थिति सामान्य किसी भी सामाजी संघर्ष या किसी अन्य स्तर से उठा लेटी-पतले में लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि इनने "कॉलिका फायरिंग" से स्थितिस्थिरकृति उठा ले सामन में "कॉलिका फायरिंग" हुए गए हेतु कि है। यही "कॉलिका फायरिंग" हुए सामान्य किसी स्थितिस्थिरकृति हेतु मनुष्य की किंच ज्ञात है तो अत्यन्त किसी अन्य भी सामाजी संघर्ष या किसी अन्य सामन से सामान्य लेने का अधिकार सुरक्षा प्राप्त है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अत्यन्त स्थिति पर उठा लेटी-पतले हेतु किसी भी सामाजी संघर्ष या किसी अन्य सामन से नहीं लेटी-पतले।
2. "कॉलिका फायरिंग" से तो यह सामान्य संघर्ष स्थिति प्रकृति की है। लेटी या इनका हुए दो यह ज्ञात या किने गले उपचारकृति का मुख्य लेटी एवं इनका ले लेने का किंच है और "कॉलिका फायरिंग" हुए किसी उठा का कोई उठा नहीं है। इसीले इनका में लेटी के इनका सुरक्षा और ज्ञान ज्ञान की ज्ञाती किनेपती लेटी एवं इनका को लेटी और "कॉलिका" को कोई सुरक्षा या किनेपती इन ज्ञान में नहीं लेटी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इन्दीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अस्त्रोत्तर की तारीख 24/01/19	Dr. Anurag Ray MBBS, MS, FPOS No. - 18853-AMC Surgeon of Eye & Plastic Surgery Centre हाथरस का नाम व इलाका व दि. २	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इमरगा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इमरगा 2
	