

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रेखापाल)

APPLICATION No.: K/0610/0643
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 28/06/10
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम
DRAUPADI HALDAR

AGE-YEARS वय-वर्ष
67

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम
NIMAI HALDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासन स्थान परा
HANSKHALI, BORTA, DURGABANGLA, SOUTH 24
PURBANNA, 743368, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान स्थान परा

— AS ABOVE —

Koshika
foundation
Building block of life.



OCCUPATION: HOUSEWIFE

MARRIED (मंत्रित) / UNMARRIED (अविवेत)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2300 X 12 = 27600/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष प्रमाण)

PAN No. स्थाई स्थान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हो (जो कम्ह हो उस पर मही का नियान लगाये)

Yes / No
हाँ / 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. DRAPADI HALDAR	67	F	SELF	
2. NIMAL HALDAR	57	M	HUSBAND	
3. RAJKUMAR HALDER	26	M	SON	
4. MANOJ HALDER	15	M	SON	
5. SANTOSH HALDER	23	F	DAUGHTER	
6. SHAMRANI HALDER	21	F	DAUGHTER	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिह्नित आवश्यक

BPL Card (Attach Card Copy) गोदानी रेक्ट के नीचे इमार पर (इमार पर की साथ चिह्नित संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय की इमार पर (इमार पर की साथ चिह्नित संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इमार पर की साथ चिह्नित संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आए की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1. DIAGNOSES - CATARACT - LE	
2. SURGERY - LE (STCS - 1201)	

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

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

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेंट द्वारा संक्षेप में:

- 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 ये घोषणा करता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण ऐसे जानकारी के अनुसार यात्रा के लिए उपलब्ध हैं। यदि कोई विवरण इस कारण असत्य पाया जाता है तो मैंने यहांपर विवरण की जांच की है।
- 2) मैं इस जो सहायता पर्याप्ति "कोशिका यात्रान्देशन", में भी यह नहीं है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकाश में दिया गया है।
- 3) मैं पुरुष काला हूँ कि विवरण सहायता के लिए उपलब्ध होने की गई है, उस राहि का अनिवार्य यह सहायता विवरण किसी अन्य छोटीनियोंका/बीमा कम्पनी से न हो सकता है और न ही यहांपर में है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेंट द्वारा करता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकाश पर अप्लिकेंट की जानकारी, मैं (अप्लिकेंट) अप्लिकेंट की पुरुष काला हूँ कि "कोशिका यात्रान्देशन और उसके नामोंहैं" को अधिकृत करता हूँ कि ये यात्रा, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकाश में प्रसिद्ध हैं, उसे "कोशिका" यात्रा, नामों, दर, बायोडाया दूसरे वर्णनों से चुनौती गिरावधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रवार यात्रायां पर प्रसिद्ध करने के लिए अधिकृत है। ये उपलब्ध विवरण ये इसका कारण है कि यात्रा के लिए "कोशिका यात्रान्देशन" या नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लिकेंट) इस काला से सहायता हूँ कि मैंने यात्रा, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उपलब्ध से भागीदार हैं तुम्हें सहायता का इकाया यात्रा यात्रा इस सम्बन्ध में "कोशिका" यात्रा, उसके नामोंहैं का नियम अनुसर और बायोडाया होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्लिकेंट के इसकारा या अंगूठे का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL: (इम्प्रेस द्वारा करता)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकृत, इसकारी की ओर से सहायतोंहोंने को "कोशिका यात्रान्देशन" से विवरण सहायता हूँ दिया है, जिसे हम (इम्प्रेस) नियम व्यवस्था से बन्ध व स्थिरकर करते हैं।

- 1) यह कि व ही वर्तीन और न ही परिवर्तन में विवरण सहायता किसी भी यात्रायां संबंधित या विद्युत अन्य सेवाओं से उपलब्ध होनेवाले में सौने या से यह है, वे ही कि हमने "कोशिका यात्रान्देशन" से विवरण/विवरण उपलब्ध के दृष्टिकोण से "कोशिका यात्रान्देशन" द्वारा प्रदान हैं कि है। यदि "कोशिका यात्रान्देशन" द्वारा सहायता विवरण अधिकारायात्रा है तो नहीं जाना है कि अन्यायात्रा विवरण द्वारा दूसरे वर्ष उपलब्ध होने वाली है। इस पुरुष में स्पष्ट करा जाता है कि अन्यायात्रा विवरण द्वारा उपलब्ध होने वाली है।

2. "कोशिका यात्रान्देशन" से ही नहीं सहायता की विवरण प्रदूषित की है। ऐसी जो इम्प्रेस द्वारा ही यह सहायता का विवरण है और "कोशिका यात्रान्देशन" द्वारा किसी प्रकार या चोई इसका नहीं है। इसलिये इम्प्रेस में ही है कि इसका सुरक्षा और बायो जाने भी सही कियोगी है। इस दृष्टिकोण से यह सहायता नहीं होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्थिरकर्ता को लिए संमति

Dr. Arunima Das

M.B.B.S, M.S

Reg. No. - 68372

Smtul Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
दास्टर जा. नम. व इम्प्रेस. व रोड. न.

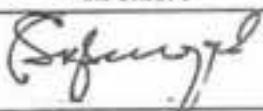
Shri. 
S. S. Bagchi

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद इम्प्रेस अधिकृत अधिकारी
नाम व पद इम्प्रेस अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्भूत उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी इम्प्रेस।



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी इम्प्रेस 2

