

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1210/7768
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 26/12/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MALATI ROY
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
68

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: FELU HAZRA
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता

PASCHIM KHARNA, HOWRAH 711013,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासस्थान पता

AS ABOVE

OCCUPATION: HOMEMAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1600 x 12 = 19200/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्पष्ट छत्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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	MALATI ROY	68	F	SELF
2	HIRMAI ROY	38	F	SON
3	SUBARATH ROY	27	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भूखी सलाह
1	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2	SURGERY — LE (MCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: **অবেদন দাতা ঘোষণা দা:**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी छाप को सहायता एजेंसी "कोशिका प्रजापेक्षा", मेरी ही न हो रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पर्यगण है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रारूप की आवश्यकता नहीं है, इस एजेंसी का अधिकार या सहायता निरास किसी अन्य छोटे/मिथे/कम/बोया कामगार से न तो लिया जा और न ही परिणाम में होता।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 जवाब या संकेत की सहायता से (अपेक्षित) अपनी सभ्यता की पुष्टि करता है एवं "कोशिका फास्टोडोन और टाको मसोरी" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और कि विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" एवं मसोरी, दान, साक्ष्यक द्वारा उत्तरों से जुड़ी प्रतिस्पर्धियों और प्रतियोगियों को दिले किसी भी प्रकार सम्मान से प्रभावित करने की शक्ति अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी सहायता के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फास्टोडोन" व मसोरी अधिकृत है।
- 2) मैं (अपेक्षित) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उत्तरों से शामिल है जुड़े सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं टाको मसोरी का विशेष अधिकार और सम्पत्तिका होता।

ADD ICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अन्यथा नै इत्यन्तं नै अङ्गुली नै निरुद्ध



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 2000)

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.

इससे अधिकतर, इसका मतलब भी और दो मतलब/रहस्य भी "कोशिका प्रतिलिपि" से मिलिये जाया करता है। जिसका मतलब है कि, जिससे हम (हमारे पास) जिन प्रजातों से मनुष्य बन गया है, उसे जानें।

- 1) यह कि न तो सर्वोच्च और न ही अधीन में विभिन्न स्तरों पर किसी एक स्तरकी संस्था या किसी अन्य स्तर से उच्च स्तर/स्तरों में लोग या तो जाते हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फल-दोहन" से सिमिलरिफिकेशन उच्च को स्तर पर हैं "कोशिका फल-दोहन" द्वारा मदद देते हैं कि "कोशिका फल-दोहन" द्वारा स्थापित सिमिलरिफिकेशन/उच्च स्तर पर नहीं किया जाता है तो अंततः किसी अन्य एक स्तरकी संस्था या किसी अन्य स्तर पर से स्थापित होने का अधिकांश सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अंततः सिमिलरिफिकेशन मदद उच्च स्तर/स्तरों में देते हैं किसी एक स्तरकी संस्था या किसी अन्य स्तर से नहीं स्थापित/देते।

2. "कॉलेज फायनेंस" से ही यह सवाल भोग विधि प्रकट की है। ऐसी न समझत हुए ही यह सवाल का बिन्दु यह प्रकट/प्रतिष्ठा का पुनः ऐसी एवं समझत के बीच का विषय है और "कॉलेज फायनेंस" द्वारा बिना प्रकाश का कोई प्रकाश नहीं है। इसलिये समझत में ऐसी न समझत हुए और अन्य को सही बिन्दु/प्रतिष्ठा ऐसी एवं समझत की होती और "कॉलेज" को कोई प्रकाश या बिन्दु/प्रतिष्ठा इस सवाल में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसद

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 26/12/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तेमाल व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्तक्षेप अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 विश्वसेवा इन्सपेक्टर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 विश्वसेवा इन्सपेक्टर 2
		