

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य रक्षामूल)

APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या :

K/0120/2997

APPLICATION DATE : 3/1/2020  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम

GITA NASKAR

AGE-YEARS वय-वर्ष

72

SEX लिंग

F

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

KASHINATH NASKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

KESHABPUR, GUPALNAGAR, SOUTH 24  
PARAGANAS 743595, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION :  
व्यवसाय

HOMEMAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

RS 1700 X 12 = 22800/-

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

PAN No. यदि प्राप्त 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.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>वय (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | GITA NASKAR                                       | 72                       | F              | SELF                                            |
| 2.                     | ADURVA NASKAR                                     | 39                       | M              | SON                                             |
| 3.                     | KIRAN NASKAR                                      | 35                       | M              | SON                                             |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिए विनियम आधार

|                                                                                                            |                                                                                                                  |                                                                                           |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| EPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>व्यपयोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे करने विनियम का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पुष्टि संलग्न |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS — CATARACT — LE                                                                      |
| 2.                     | SURGERY — LE (EXCISION)                                                                        |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से प्राप्त किया गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता की राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰੰਘ ਸ਼ੁਭ ਘੋਸ਼ਣਾ ਹੈ:**

- 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 स्पष्टतः कहता हूँ कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण पूरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी इस ज्ञेय साहाय्य यही "भौतिकी पाठ्यपुस्तक", जो सही जा रही है, उसका उपयोग जारी करेगा जो पूर्णतः लिखे बिना अवैध, जो इस प्रश्न में पाठ पाया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस साहाय्य हेतु यह प्रश्न पूछा जा रहा है, उस दस्तावेज़ का अधिकार या संपत्ति निम्नलिखित विषयों के अंतर्गत निहित है और न ही यह विषय में है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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/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 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 का उत्तर इसका या नहीं के तहत लाना है। (अवस्था) अपने चरित्र के लिए। यह "बौद्धिक पराधीनता और उसके व्यक्तित्व" के अभाव का कारण है। यह भी है, यह, बौद्धिक और के विचार। इस प्रश्न में बौद्धिक है, इसे "बौद्धिक" एवम् व्यक्तित्व, यह, यहका यह व्यक्तित्व से जुड़ी व्यक्तित्वों और व्यक्तित्वों के लिए किसी भी प्रकार का उत्तर देना नहीं चाहिए। यह प्रश्न का उत्तर के तहत या नहीं के लिए "बौद्धिक पराधीनता" व व्यक्तित्व है।

- 2) मैं (अभ्यर्थक) इस बात से साक्षात् हूँ कि वेद ज्ञान, यज्ञ, ऋषि और विष्णु हैं कि साक्षात् मैं इन्द्राणी से प्रसिद्ध हूँ। यज्ञः सनातन का इन्द्राणी नहीं बल्कि। इस कारण मैं "अभ्यर्थक" यज्ञ जगत् में प्रसिद्ध हूँ कि वेद ज्ञान, यज्ञ, ऋषि और विष्णु हैं कि साक्षात् मैं इन्द्राणी से प्रसिद्ध हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षा से कमतर या अतीत का चित्र



AGREEMENT by HOSPITAL. (WHICH YOU WANT)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & except 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.

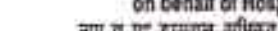
इससे जलविद्युत, इंधनशक्ती को और भी अधिक/उत्तम को "कॉलिका फलनकोला" से विविध प्रकारा से विविधता को बढ़ा है, जिसे इन (इंधनशक्ती) विभिन्न प्रकार से प्राप्त हो सकाया जाये है।

- 1) यह कि न तो पहिले और न ही पहिले में पहिले सहायक किसी भी सहायक संयोजन या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त संविधानों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोलिका भाग-वेला" से विनिर्दिष्ट/विनिर्दिष्ट काल के समय में "कोलिका भाग-वेला" हुए भरद हेतु कि है। यदि "कोलिका भाग-वेला" हुए सहायक विनिर्दिष्ट/विनिर्दिष्ट काल हेतु समुद्र नहीं किया जाता है तो सहायक किसी अन्य भी सहायक संयोजन या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुनिश्चित नहीं है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायक विनिर्दिष्ट/विनिर्दिष्ट भरद उक्त संविधानों हेतु किसी भी सहायक संयोजन या किसी अन्य सहायक से नहीं लेने/लेते।

2. "कठिनायक" के ही वह शायद संभव दिवस प्रकट हो है। ऐसी या इन्सात इस ही वह शायद या जिने एवं शकालिका का युक्त ऐसी एवं शकालिका के बीच का विचार है और "कठिनायक" इस विचार प्रकाश का कोई प्रकाश नहीं है। इसीसे इन्सात में ऐसी के शायद मुख्य और जाने जाने की सारी विमर्शों ऐसी एवं शकालिका की होती और "कठिनायक" की कोई प्रकाश या विमर्शों इस शकालिका में नहीं होती।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती या विषय संश्लेष

|                                                                                     |                                                                                                                                       |                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br><b>3/1/2020</b>                               | Dr. Priyanshu Chatterjee<br>M.D. (RNMB)<br>Reg. No. 70655<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं. | (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्ताक्षर अधिकारी |
| FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तरिक उपयोग हेतु                      |                                                                                                                                       |                                                                                                         |
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>पत्राली हस्ताक्षर 1                                       | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>पत्राली हस्ताक्षर 2                                                                                         |                                                                                                         |
|  |                                                   |                                                                                                         |