

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building blocks of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0120/3197

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

9/1/2020

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MAYA CHAKRABORTY

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

71

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

LAL MOHAN GOSWAMI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

TARUN TALLY, NATAGARH, PANDEHATI, NORTH
24 PARAGANAS TOWNS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOMEMAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS 14000 x 12 = 168000

(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 चुकाते हैं (जो मान्य 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.	MAYA CHAKRABORTY	71	F	SELF
2.	ISHWARI CHAKRABORTY	45	M	SON
3.	SONALI CHAKRABORTY	40	F	DAUGHTER
4.	SANKAR CHAKRABORTY	38	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाविवरण सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (STCSTOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

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.

- 1) मैं सोच रहा था कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विकल्प सही जानकारी को आधार रखते हैं। फिर कोई विकल्प एवं कथन असत्य पाया जाता है तो सही सहायक विवरण को वाचक को देना पड़ेगा।
- 2) ये कुछ ही सहायक शक्ति "कॉन्सिडर फॉरवर्ड" से लेनी पड़ेगी है, उसका उपयोग उचित अवसर को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पाया गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि निम्न सहायक हेतु यह प्रश्न को नहीं है, वह सही का असिक्त या सकल विवरण किसी अन्य छात्र/विद्यार्थी/कर्मचारी का नहीं है जो ले लिया है और न ही परिवार में लूना।

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 पर अपने हस्ताक्षर या मोहरे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्षरता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मैं जय, पद्म, मोदी और जो विचारण इस तरह से प्रेषित है, उसे "कोशिका" एकमात्र न्यासी, धान, पाषाण/वा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रशस्ति करने में सिल अधिकृत है। जो प्रश्न का विचारण को हलक के पालन या कानून करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अवलोकन) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, जन्म, पते और विवरण जो कि मातापिता के उत्तरों में दिये हैं, सही हैं। मातापिता का हस्ताक्षर भी सही है। इस पत्र में "कोशिका" प्रत्येक उत्तरों का निर्णय और सम्बन्धित होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या छापे का निशान



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.

इससे अधिकतर, हमारा भी और से नज़ारे-लेने को "कौशलिक काउन्सिल" से विधिगत सहायता से सिखाया भी जाता है, जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकार से मान्य व भीतर करते हैं।

1) यह कि न तो कर्मिण और न ही अधिका में वित्तिय सहायता किसी भी सरकारों संस्थाप या किसी अन्य व्यक्तों के द्वारा ऐंगोपायाने में लेने या ले रहे हैं, जैसी कि इनमें "कोलिका फाउन्डेशन" में निष्कारित/विनिर्दिता उक्त के भाषण में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिता अधिकार/सकल हेतु सम्भूत नहीं किया जात है तो अवगत किन्हीं अन्य भी सरकारों संस्थाप या किसी अन्य समस्थान को सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अग्रगत द्वितीय मदद उक्त ऐंगोपायाने हेतु किसी भी सरकारों संस्थाप या किसी अन्य व्यक्तों से नहीं लेगा/लेगी।

[illegible][illegible]

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

9/1/2020

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व दिनांक

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)

नाम च पद इत्यतः अभिप्रेतं अपि॥

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम: हस्ताक्षर :

Enfermedad

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर ?

Rich