

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वस्थ्यव देखभाल)

APPLICATION No.: K/0324/476
ग्राहक नाम : संस्कृता

APPLICATION DATE : 20/3/24
आवेदन तिथी

NAME of APPLICANT : CHHABI BISWAS
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: वर्ष-वर्ष
SEX: सेक्स

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BHABOTOSH NANDY
ପିତା/କୌଣସି ରାମ ନାମ

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
31/A AULMANI MITRA ROAD TALA KOLKATA

PASSIPORE - KOLKATA 700092 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 300 अमृता नगर

OCCUPATION: MAID

MALE DISEASES (Diseases) & FEMALE DISEASES (Gynaecology)

वार्षिक आय

$$2000 \times 12 = 30,000$$

(Attach Proof of Income)

Digitized by srujanika@gmail.com

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

Yes / No

卷之四

FAMILY DETAILS परिवार जाहिल				
	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant प्रवेशक के साथ सम्बन्ध
1.	CHHAGI BISWAS	64	F	SELF
2.	SUMITA BISWAS	36	F	DAUGHTER
3.	SUJATA BISWAS	31	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताका चुहि संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उम्मीद वाले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताका चुहि संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ताका प्रहि संलग्न करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साथ						
<p>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य;</p> <table border="1"> <tr> <td>Sr. No. क्रम संख्या</td> <td>Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ट्रॉकिलर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>DIAGNOSIS — CATARACT — LF</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>SURGERY — LF (CAT + IOL)</td> </tr> </table>				Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ट्रॉकिलर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LF	2.	SURGERY — LF (CAT + IOL)
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ट्रॉकिलर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न								
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LF								
2.	SURGERY — LF (CAT + IOL)								

ASSISTANCE BEING AVALIAED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
अन्य स्रोतों के द्वारा समान उद्देश्य के लिए उपलब्ध की जा रही सहायता कौन सी है?

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर-

- 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.
 - 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.
 - 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 खोलकर कहता हूँ कि इस प्राप्ति में दिए गए प्रधीन में से जापानी के अनुकार सभी एवं भीड़ी हैं। यदि कोई विवरण इनमें अलग या अलग हो तो मेरी जापानी विवरण की वजह से है।

2) मेरे हाथ जैसे जापानी गण "कॉलिंग फास्टेंडेंस", जो तो यह ही है, उत्तराधिकारी द्वारा उपलब्ध दरमें बदलें को चूंच के लिए विषय जायेग, जो इस प्राप्ति में एवं गया है।

3) मैं युक्त कानून के लिए विवरण द्वारा यह प्राप्ति की यह है, उस दृष्टि का अतिशय एवं सकारात्मक विषयी अन्त मौजूदातिवाहक/विद्यमान विषयी दो प्रति लिख हैं और न हो भवित्व में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (must be typed)

- 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 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.

- इस प्रपत ने अपने इतिहास पर लोकों की छाप लगाकर, मैं (लोकेश्वर) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ तब "कोशिका फारदेशन और उसके नवायीर्द" को अधिकृत करता हूँ कि मैं यह नाम, पक्ष, फौटों और जो विवरण इस इतिहास में भीतरी है, उसे "कोशिका" एवं नवायीर्द, एवं, जपानी युद्ध दस्तऐच्यु से यूद्धी गतिविधियों और उत्तरायिकों को लिये किसी भी प्रभाव भाषण से असंतुष्ट करने के लिए अधिकृत है। ये उपर यह विवाद ये इतिहास के पहले के बारे में कहने के लिए "कोशिका फारदेशन" व नवायीर्द अधिकृत है।
 - मैं (लोकेश्वर) इस बात से सहमत हूँ कि मैं यह नाम, पक्ष, फौटों और विवाद यो कि सहायता के दस्तऐच्यु से प्राप्तिकृत है यूद्धी रूप; सहायता का इकायत वही बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" प्रभाव उसकी जातियाँ या लिंगों संबंध और अवधारी नहीं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION -

APPENDIX 2 SIGNATURES ON THE

ବୁଦ୍ଧି ବିଜ୍ଞାନ

AGREEMENT by HOSPITAL (sign in ink below)

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 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.

इसी अविवाहित, इन्सुलेटेड की ओर से समाजोंगीती जो "कार्यपालिका उत्तरवाचन" से विभिन्न समाजात में विविधताएँ और विविधताएँ हैं, जिसे उम्म (उत्तरवाचन) जिस प्रकार से समाज व समीक्षक करते हैं।

- 1.) यह कि वे तो पर्याप्त नहीं न हो खालिय में विभिन्न-खालिय किसी गैर साकारी संग्रह पर विभिन्न अन्य संस्कृत में द्वाया रोमी/ह्रष्णु वे भी भैंगे या जी रहे हैं, औरे कि इनमें "कोलिका पातान्देशन" गे रिपार्टीज़ विनियोग उत्तर के खण्ड में "कोलिका पातान्देशन" द्वाया मरद होते कि है। एवं "कोलिका पातान्देशन" द्वाया साहाया विनियोग अभियोग संकारण होते यन्मुक् नहीं बिना जाता है क्योंकि उनकी उन गैर साकारी भैंगों पर किसी उन्हें संसाधन तोड़े या अभियोग सुधारिया चाहता है। इन पूर्णे में सफल कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उत्तर एरियायाते होते किसी गैर साकारी भैंगों पर किसी उन्हें संसाधन से जुटी लोगोंको देते हैं।

2. "कौशिका कलान्दरेश" ने ऐसी एक महात्मा की विविध प्रवृत्ति की है। ऐसी जो हमनें द्वारा भी गई प्रशंसन या किसी गये उपर्युक्तिका जगह खुलाये दें वह हमनें कोई विषय है और "कौशिका कलान्दरेश" द्वारा किसी इकात का कोई वर्णन नहीं है। इसलिये हमनें ये ऐसी एक उन्नत सूचा और जाने वाले को मार्गे बिचारेंगे ऐसी एक हमनें कोई नहीं और "कौशिका" भी कोई विविध या विवेदीय जगह नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संज्ञयि

Date of Surgery अंगोल को तरीका	Dr. S. K. DAS	OPTIONAL SIGNATURE (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANT KALYAN INSTITUTE
20/3/24	M. E. S. M. S. D. C. H. S.	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंद दुर्घाटा

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाना॑ एस्टेट॑

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Safary

See B