

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0424/0063

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14.04.24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

PANCHALI MITRA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

53

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

BIJENKUMAR BOSE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

13 RAMESHWAR GUHA STREET, DUMDUM (M)
NORTH 24 PARGANAS 700028 WEST
BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

MAID

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

2000X12 = 24,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई करदाता संख्या

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

क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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 सम्बंध
1.	PANCHALI MITRA	53	F	SELF
2.	IPSITA MITRA	26	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त गयी है?

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

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 पद-रूपन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विराम की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद-रूपन है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप की गई है, उस लक्ष्य का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जाये और न ही भविष्य में ली जाये।

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/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 Kashiwa Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस उलट पां अणवे इच्छाका या अंगरेजी की लुप्त लक्षणकर, मैं (आर्सेरक) अपनी सहस्रति की पुष्टि करता हूँ एवं “कोशिका काउंटिंग” और इसमें न्यायोपे “को अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, पाठ, फोटो और की विवरण इस उलट में घोषित हैं, उसे “कोशिका” समूह न्यायो, एन, कथनका दूसरे उलटसंग से जुड़ी गतिविधियों और प्रणालियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम में प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं उलट का विवरण मेरे उलट के पहले या बाद में करने के लिये “कोशिका काउंटिंग” व न्यायो अधिकृत है।

2) ये (अन्येक) इस बात से सहमत हैं कि येा नाम, जग, पाले और विषयों से कि सनाता के उपरान्त से समिते ई मूल पल: सनाता का इकरा नही बनना। इस सम्बंध में "पतिरा" एम् उल्लेख स्थिति का निर्णय और वाचकता होना।

आयुर्वेद के सारसाधार या अंगुष्ठ का निम्न

Panchali Mitrā

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.

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.

समस्त अधिवृत्त, इलाहाबादी की ओर से सम्मलेन/पत्रों को "कोशिका पाठ्यन्दन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे ५५ (इन्फोस्टा) विमान प्रकाश से यन्त्र व नवीकरण कराते है।

1) यह कि न तो सर्वमान्य और न ही अधिकृत संस्थाएँ किसी गैर साक्षरों संस्थान या किसी अन्य जगह से उठाए ली/पावले में लेंगे या ले रही हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फायरबेस" में सिफारिश/विनिर्दिष्ट तबक के सम्बंध में "कोशिका फायरबेस" द्वारा गहरा हेतु कि है: परि "कोशिका फायरबेस" द्वारा स्थापित विनिर्दिष्ट अंशित/संघटन हेतु यन्त्रों को किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य गैर साक्षरों संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से स्थापित लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वितीय गहरा उठाए ली/पावले हेतु किसी गैर साक्षरों संस्थान या किसी अन्य साधन से नहीं भेजा/लेता।

2. "बौद्धिक फायनेंश" से तो कई संभावना संभव विभिन्न प्रकृति की है। ऐसी पर हमारा दृष्टि दो वर्ष सप्ताह या विषय को उपचार/प्रक्रिया का पुनरावृत्ति एवं हमारा संयोग का विषय है और "बौद्धिक फायनेंश" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीलिए हमारा यह ऐसी के द्वारा मुक्त और जाने जाने की सारी विधायी ऐसी एवं हमारा की होगी और "बौद्धिक" की कोई प्रक्रिया या विधायी इस प्रकार में नहीं होगी।

स्वीडिश के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

14/4/24

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
इन्सपेक्टर का नाम व इन्सपेक्शन नं. सह स्टैम्प

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

SANKAR नमो-वे पदं कर्मसुखं लब्धिविभक्तं प्रसिद्धम् ।

वैज्ञानिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इन्द्रावर ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

100