

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(रोगीय सहायता)

APPLICATION No.: K/052A/0221

APPLICATION DATE 21/05/24
अप्लाई दिन

NAME OF APPLICANT: SUBAL SARDAR

AGE-YEARS 75 वर्ष
अवधि वर्ष

SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NIMAY SARDAR
पिता/जड़ूपता का नामPRESENT RESIDENCE ADDRESS: बौद्धाना ज्ञानसेन नगर
DELIAKHALI PASCHIM KHANDA, ALDERTH TWENTY

FOUR PARSHANAS 7A 3329 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: बौद्धाना ज्ञानसेन नगर

— AS ABOVE —

OCCUPATION: VEGETABLE SHOP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 40000 X 12 = 48,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No.: एसएसई गुलाम संकेत

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

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार के विवरण

Sl. No.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant जीवित के साथ सम्बन्ध
1.	SUBAL SARDAR	75	M	SELF
2.	BENIKA SARDAR	66	F	WIFE
3.	SINDHU SARDAR	28	M	SON
4.	NIMAY SARDAR	34	M	SON
5.	SARBARWATI SARDAR	29	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof आधार की साथ
आरोग्य बोर्ड के सीधे प्रमाण पत्र (उपरांत यह भी उपरांत दस्तावेज़ की)	भ्रष्ट आदर्श बोर्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ इसी मूल्यांकित की)	राजस्थान कार्ड (उपरांत यह भी उपरांत दस्तावेज़ की)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

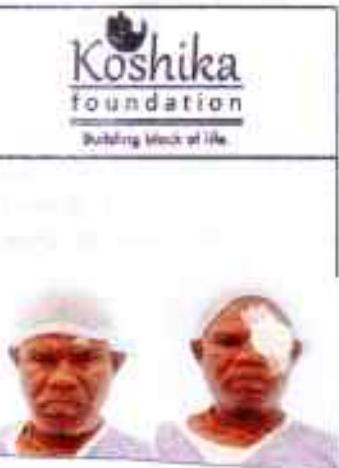
सहायता हेतु लिये गये विवरों का अन्तर्गत

Sl. No.	Medicai Reports/Prescription Attached ज्ञानसेन/दीक्षितर से ज्ञानी वा नियन्त्रित दूषी घटना
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + AOL)

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई ज्ञान सहायता किसी अन्य स्रोत से नियन्त्रित की गयी है?

Sl. No.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED स्रोत से लिया गया सहायता की मात्रा



DECLARATION by APPLICANT : नमस्कार द्वारा प्राप्ति का:

- 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 यहांका काल हूं कि इस दस्तावेज़ में निम्न लिखे गए कालकारी की अनुमति दिया एवं दी जाती है। यहां की विवरण सभी व्यक्ति कालकारी की अनुमति दिया एवं दी जाती है।
 2. मैं इस के बाहर का एक "कोशिका पाठ्य-पाठ्यकाल" में नहीं दी जाती है। उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए विवरण दिया जाता है, जो इस दस्तावेज़ में दी गई है।
 3. मैं यूंच काल हूं कि इस दस्तावेज़ का उपयोग को दी जाता है। उस दस्तावेज़ का उपयोग व्यक्ति किसी अन्य प्राचलितकाल कालकारी प्राचलितकाल में दी गई भवितव्य में लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT : व्यक्ति का:

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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/ending/continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and不可更改的.
1. इस दस्तावेज़ का उपयोग की अनुमति द्वारा, जो "व्यक्तिका कालकारी की अनुमति" की विवरण है कि "व्यक्तिका कालकारी की अनुमति" की विवरण इस प्रकार में संकेतित है, यह "कोशिका" व्यक्ति कालकारी, दाता, व्यापारीय दूसरे कालकारी में दूसरी विवरणों की विवरण दी जाती है। इस प्रकार यह विवरण में इसका उपयोग कालकारी की अनुमति के लिए विवरण है, यह उपयोग को व्यक्तिका कालकारी की अनुमति के लिए अनुमति है।
 2. मैं (व्यक्ति) इस दस्तावेज़ के द्वारा दी गई उपयोग की अनुमति की विवरण के लिए व्यक्तिका कालकारी की अनुमति में दी गई व्यक्तिका कालकारी की अनुमति के लिए अनुमति है। यह उपयोग का विवरण में इसका उपयोग की अनुमति का व्यक्तिका कालकारी की अनुमति है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

व्यक्ति का विवरण का अनुमति का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL : व्यक्ति का:

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this applicant 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.
- इसका अनुमति, इसकाकारी की वाले संबंधित व्यक्ति को "कोशिका पाठ्य-पाठ्यकाल" में विवरण दिया गया है। यह विवरण में व्यक्ति का अनुमति का विवरण है।
1. यह कि न हो व्यक्ति और न हो व्यक्ति में विवरण दिया गया है। यह व्यक्ति की अनुमति का विवरण है। यह कि व्यक्ति को "कोशिका पाठ्य-पाठ्यकाल" में विवरण दिया गया है। यह कि व्यक्ति को "कोशिका पाठ्य-पाठ्यकाल" में विवरण दिया गया है। यह कि व्यक्ति को "कोशिका पाठ्य-पाठ्यकाल" में विवरण दिया गया है। यह कि व्यक्ति को "कोशिका पाठ्य-पाठ्यकाल" में विवरण दिया गया है।
 2. "कोशिका पाठ्य-पाठ्यकाल" में दी गई व्यक्तिका अनुमति की अनुमति है। यह कि व्यक्ति को "कोशिका पाठ्य-पाठ्यकाल" में दी गई व्यक्तिका अनुमति की अनुमति है। यह कि व्यक्ति को "कोशिका पाठ्य-पाठ्यकाल" में दी गई व्यक्तिका अनुमति की अनुमति है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE :

व्यक्ति का विवरण का विवरण

Date of Surgery
अंगों की विवरण

21/05/2021

Dr. Shrikant Das

M.B.B.S.
(Name of Dr. & Regis. No. with Stamp)
अपने से लगता है विवरण का नाम

OPTIONAL ATTENDANT DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
or another Member of Hospital)

SANKARANATH DAS

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

जनरल व्यक्ति का विवरण

SIGNATURE of TRUSTEE 1
व्यक्ति का विवरण 1

Safayal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यक्ति का विवरण 2

Ji VB