

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/1224/1484 APPLICATION DATE: 20/12/24

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: DIPALI DUTTA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

67

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहस्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास का

SABU DALLY BASUDEBPURMANI ROAD
KAMARHATI NORTH 24 PARGANAS 700056
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सही निवास का

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

5000 X 12 = 60000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सही सहा संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को खाने से उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से नाम सम्बन्ध
1	DIPALI DUTTA	67	F	SELF
2	BY MAL	23	M	ELDERBAND
3	PRASENJIT	17	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहा प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहा प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की सहा प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गये निम्न का उद्देश्य

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सहा संलग्न
1	DIAGNOSIS = CATARACT = RE
2	SURGERY = LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई सहायता राशि

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 Kashioka 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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न में दिनेश को सभी विद्यालय में जायजगी के अनुसार कार्य एवं छोड़ा है। यदि कोई विद्यालय एवं कर्म असमय प्राप्त होता है तो मेरी सलाह निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरी हार्दिक सलाह सभी "कॉलेज फाउन्डेशन", से सही जा रही है, उसका उपयोग उचित ढंग से पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में प्राप्त गया है।
- 3) मैं विश्व कहता हूँ कि निम्न सलाहपत्र इस पर प्रभाव से अधिक है, इस रवि का उपयोग या समस्त विद्यालय जितनी कम सोचने योग्य है, उतनी ही है और न ही सोचने में लगे।

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 उत्तराक्षर या संकेत की सहायता से, (आवेदन) अपनी समझ की पुष्टि करना है एवं "कॉन्सिदा काउन्सिल और उसके मासिक" से संबंधित बताते हैं कि वे क्या जानते हैं, संकेत और जो नियम इस प्रश्न में शामिल हैं, उसे "कॉन्सिदा" समझना है, यह, सचमुच दूसरे प्रश्न से जुड़ी सीखियों को ध्यान में रखते हुए प्रश्न के उत्तर देने के लिए प्रयत्न करने के लिए सीखित है। जो प्रश्न का नियम में उत्तर के पहले या बाद में करने के लिए "कॉन्सिदा काउन्सिल" से संबंधित है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और विवरण सब कि सहायता के अर्थोत्तरों से प्रसारित हैं। मुझे ज्ञात: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बन्ध में "गोपनीय" एवम् उसके अधिकारों का निर्णय कौन और सम्भवतो होना।

आपके कर्मचारी को इसका जवाब देना चाहिए।

Dipali Dutta

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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकतर, इसकाही ही वंश से सम्बन्धित है जो "बोर्डिंग स्कूल" से शिक्षण प्राप्त करने वाला है, जो कि वह (स्कूल) जिस जगह से वह वंश प्राप्त करने में

[illegible]

2. "कोविड सलवेंस" से तो कई सामान्य जैवत विविध प्रजाति की है। सेबे या इलायत इन दो नई प्रजाति व बिने बने उपचारप्रणाली का प्रयोग सेबे एवं इलायत के सेबे का विना है और "कोविड सलवेंस" इस किसी प्रकार का कोई दवा नहीं है। इसलिये इलायत में सेबे के प्रयोग द्वारा और बने बने की साथ विभिन्न प्रजाति सेबे एवं इलायत को सेबे और "कोविड" को कोई प्रजाति व विभिन्न प्रजाति सेबे में जो हो।

स्वीकृतों के लिए संतुष्टि

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

20	12	24
----	----	----

Dr. Shibashis Das

M.B.E.S.M.S

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

द्वितीयः भागः

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

नाम व पद संस्थान्त गणितज्ञ अभिषेक

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नरेश प्रसाद ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

2018