

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: M/0822/0190

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE 01.08.2022

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SUMITRA NASKAR

आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

NIPEN BHUNIYA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DEHIMEDAN MALLA, DAKSHIN GOGINDAPUR
SOUTH 24 PARAGANAS, 700145, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

← AS ABOVE →



OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ।)

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 सम्बन्ध
1.	SUMITRA NASKAR	61	F	SELF
2.	PAKASH NASKAR	38	M	SON
3.	PRANAV NASKAR	35	M	SON
4.	PIPIYA DAS	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SIC + TOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: माहिती देणारा या

- 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.
- 4) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस पर सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पाया गया है।
- 6) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता प्राप्त न करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (**आवेदनकर्ता का सहमति**)

- 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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो बिबरन इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" फंडम्, न्यूज, पत्र, पाठ्यपत्र दूसरे उद्देश्य में मुझे अभियोगियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सचय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वो इसका बिबरन मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व इसकी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बिबरन जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं प्रदान करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फंडम् इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अथर्वनाम का इस्तेमाल या अंगुठे का निशान

ਸੁਮਿਤਰਾ ਨਾਮ

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा धन्य)

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.

1) यह कि न तो कर्मिका और न ही कर्मिका के पिता को "कर्मिका फाउन्डेशन" से मिलिय सहायता हेतु शिकायत को मारो है, जिसे हम (इन्स्टीट्यूट) निम्न प्रकार से चान्द व स्वीकार करते है।

1. यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य निकाय से उक्त टैरीफ/प्रामाण्य में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से पिपराथिजिनिविल उक्त को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध आधिकारिकतक हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अन्यायता किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धुष्टि में उक्त कहा जाता है कि अन्यायता द्वितीय मरद उक्त टैरीफ/प्रामाण्य हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेने।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से भी नई सहायता कोषत विविध प्रकृति को है। टैरीफ पर हलफनाम द्वारा दो गई सलाह या किने नये उपकरण/प्रक्रिया का सुनाय टैरीफ एवं हलफनाम को कोष का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रयास नहीं है। इसीलिए हलफनाम में टैरीफ पर हलफ सुनाय और अपने जाने को जारी विधेयटी टैरीफ एवं हलफनाम को टैरीफ और "कोशिका" की कोई भुनिका या विधेयटी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

म्यूजिकली के लिए संस्कृति

Date of Surgery

गौरीगढ़ की लकड़वा

04/08/2022

Dr. Shibprasad Das

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

डाक्टर का नाम व सम्बन्ध (यदि कोई)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

SANKAR **WILL EYE-WEAR**

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यासी इस्तफा ।

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासो दृष्टान्तः २

2018