

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No : M/1022/0353
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 10.10.2022
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : SANDHYARANI NAIYA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 54

SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : CHANDRASEKHAR NAIYA
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

DURGANAGAR, KULPI, SOUTH 24 PARGANAS,
743331, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

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 लगाएं)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार की सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SANDHYARANI NAIYA	54	F	SELF
2.	CHANDRASEKHAR NAIYA	60	M	HUSBAND
3.	SUBRATA NAIYA	32	M	SON
4.	MADHUMITA MONDAL	28	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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 विनोद का उद्देश्य:

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

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 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 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 को अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाए है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं द्वारा जो सहायता तथा "वित्तिक" प्राप्त होगी, मैं उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता गया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि विद्यमान सहायता प्राप्त करने के बाद मैं इस सहायता को अन्य किसी सहायता/रोजगार/बीमा/किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

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.

1] इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या प्रतीक को छात्र लगाकर, नीचे (आवेदन) अंग्रेजी सहस्यति की पुष्टि करता है एवं "कॉजिका काउन्सिलर और उसके सदस्यों" को अधिकृत करता है कि वे सं. नाम, उम्र, पेशा और जो शिक्षण हस्त प्रश्न में बताया है, उसे "कॉजिका" प्रश्न न्यायी, राज. वाचनालय द्वारा उद्देश्य में मुद्रा प्रतियोगिता और प्रतियोगिता के लिए किसी भी इतर माध्यम या प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण की समझ के पहले या बाद में करने के लिए "कॉजिका काउन्सिलर" से सहाय्य अधिकृत है।

आविष्कार के दस्तावेज़ों पर अंग्रेज़ों का विचार



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.

21. 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.

हजारों अधिकांश हस्ताक्षरों को ओर से सामर्थ्यपूर्ण को "कालिका साहजिक" से विविध सहायता लेने विचारित हो अर्थात् है, जिस-हम (हमसह) निम्न प्रकाश से मान्य व प्रवीणता करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध महापणा किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य निकाय से इन्क रोटी/घामना में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में विपक्षित/विपक्षित इन्क को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापणा विनियम अतिरिक्त/अतिरिक्त हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन में महापणा लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उक्त रोटी/घामना हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन में नहीं लेता/लेगी।

1. "कोशिका काउन्टिंग" से सेल्स का सहायक जैविक विश्लेषण प्रकृति को है। रोगी को हस्तगत द्वारा दो सेल्स नमूने का बिन्दु पर उपचार/प्रक्रिया का सुझाव रोगी एवं हस्तगत को बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्तगत से रोगी को इलाज सुझा और जान-बूझ के साथ निम्नोदारी रोगी एवं हस्तगत को रोगी और "कोशिका" को कोई धमिका या निम्नोदारी इस प्रकार से नहीं होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 10/10/2022	Dr. Shibashis Das Director M.B.B.S, M.S. (Gold Medalist) (Name of Dr. & Design. No. with Stamp) Reg. No. 71032 WBMC डॉक्टर का नाम व डिजाइन नं. के साथ न.	Dr. Shibashis Das (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Director, District Hospital डॉ. शिबाशिस दास, जिला अस्पताल, बरगुआ
--	---	---

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी महाराज 2

Ergebnis

Rich