

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: K/0717/0658

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 13/03/17

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: GOBINDA GHOSH

आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DURANTA GHOSH

पितृ/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: पालिका निवास

0065 DAKSHIN HARIPUR, HAROA, NORTH
24 PARGANAS, 743425, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास

AS ABOVE

OCCUPATION: UNEMPLOYED

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (आपका पास है)

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

क्या आप आय का दाता हैं? (जो मानें उसे टिक करें या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1.	GOBINDA GHOSH	60	M	SELF
2.	RITA GHOSH	59	F	WIFE
3.	SANKAR GHOSH	27	M	SON
4.	DIPANKAR GHOSH	24	M	SON
5.	SUBHAS GHOSH	22	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा से संबंधित प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EMS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof आय संबंधित प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गए चिकित्सा का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/चिकित्सा से जारी की गई प्रमाणित दवा संबंधित प्रमाण
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

क्या उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं मानता हूँ तो मैंने सहायता निरास की या सहायता नहीं है।
- 2) मैं इससे सहायता यदि "कॉशिका फाउंडेशन", से लेता हूँ तो, इसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का अधिक या समस्त निरास किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

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 to 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 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 हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कॉशिका" एम्प्लॉयर, एन. एम्प्लॉयर एन. एम्प्लॉयर से जुड़ी प्रचारितियों और प्रचारितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं इसका मतलब यह है कि इससे मेरे नाम या पता के लिये "कॉशिका फाउंडेशन" में नहीं अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इससे सहायता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मैं इस सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित हूँ मुझे तथा: सहायता का उपयोग नहीं करता। इस संबंध में "कॉशिका" एम्प्लॉयर, एन. एम्प्लॉयर का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

CSH Foundation

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मालुम/पेश की "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) निरास प्रश्न से नाम व स्वीकृति करते हैं।

1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उठा लेंगे/प्राप्त करेंगे, जो हमें प्राप्त करने के लिये या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेना या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति का होगा और सहायता हेतु सिफारिश की सहायता लेना या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/प्राप्त करेंगे।

2. "कॉशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पर हस्ताक्षर प्रश्न से यह सहायता या बिना हमें सहायता/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर को बीच का निरास है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रश्न नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में हमें से सहायता प्राप्त और अपने नाम की सही सिफारिश लेने एवं हस्ताक्षर को लेने और "कॉशिका" को कोई प्रश्न या सिफारिश प्रश्न करने में नहीं लेते।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निरास का निरास सहायता)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION अस्विकृति
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/08/18	Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No. 58096 Sushr Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, र.	Sankar Bagchi Director Sushr Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर व छाप हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED अस्विकृति	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
		<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>