

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of Life.

APPLICATION No.: K/0717/0662

APPLICATION DATE: 17/05/17

NAME of APPLICANT: SUKUMAR GOSAI

AGE/YEARS: 67

SEX: M

FATHER/SPOUSE'S NAME: BANAMALI GOSAI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PART NO-107, SOHAI-SWETPUR, NORTH 24

PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: UNEMPLOYED

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. (आपका पास है)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)Yes/No
हां / 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 संबंध
1.	SUKUMAR GOSAI	67	M	SELF
2.	WITA GOSAI	59	F	WIFE
3.	SOLATA GOSAI	36	F	DAUGHTER
4.	SOLATA GOSAI	35	F	DAUGHTER
5.	SUMAN GOSAI	30	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गए विकल्प का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तीर्थ सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: NONE TO DATE TO:

- 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 माना जाता है तो इसे सत्यता प्रमाण की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिलेगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण होने के लिये ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्यक्ष की नहीं है, उस राशि का जटिल या सरल विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेऊँ।

AGREEMENT by APPLICANT (OTHER TO SIGN)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/publish/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 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 का उत्तर दस्तावेज या फॉर्म की एक प्रतिलिपि, मैं (अर्थात्) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अनिवार्य करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एक्स न्यासी, एन. एन.एस.एस. यू.एन.ए.ए.ए. से जुड़ी एक्टिविटीज और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सार्वजनिक में प्रकाशित करने के लिए उपयोग करे। मेरे प्रश्न का विवरण की प्रत्येक प्रतिलिपि या फॉर्म में अपने फॉर्म "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अनिवार्य है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टीज की पूर्ण शक्ति है। मेरा उत्तर: सहायता का प्रस्ताव नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एक्स न्यासी न्यासी को निर्णय अधिक और अपेक्षाकारी होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अपेक्ष के समान या छोटे या बड़े

AGREEMENT by HOSPITAL: (TYPED IN 405)

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 especially 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.

इहाँ, अविभूत, इलाहा की ओर से आम्नायेरी की "कॉन्सिल ग्लोबल" से निहित आम्नायेरी की कॉन्सिल की ओर है, जिसे हम (इलाहा) निम्न प्रकार से आम्नायेरी की ओर आम्नायेरी करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्कृति (संस्कृत/विप्लव का विज्ञान समूह)

ACCEPTANCE

2000

DE HEATH

REJECTING

Date of Summary:

உள்ளே சென்று
பார்க்கும் போது

1

Dr. Arindam Deb

VBS, DO, FACS
100-10-0000

Reg. No. 20090
Exp. Expiration & Renewal

Is It Okay Not to Share?

© 2000 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

[illegible]

Shib Sankar Bagchi

Director
Education & Review

1000

Signature & Stamp of Authorised

on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION भारतीय राष्ट्रीय फाउंडेशन

SANCTIONED

बन्धि

REJECTING

704

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अथ श्री हस्तकाम ।

SIGNATURE OF TRUSTEE _____

ज्यामिती आणि त्रिकोणमिति १