

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of Life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1017/1003

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

04.10.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

GITA DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

47

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

BHUPATI DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

SHITALATA, BAHANPUR, MINAKHAN,
NORTH 24 PARGANAS, 743425, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

SERVANT

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS. 1000 x 12 = 12000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. आय का पत्र 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 / हाँ

No / 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 से संबंध
1.	GITA DAS	47	F	SELF
2.	BHUPATI DAS	54	M	HUSBAND
3.	BAPI DAS	25	M	SON
4.	NISIT DAS	22	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य निम्न 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 हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस लक्ष्य हेतु सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: अभिषेक गुप्त भोसले 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.
- 1) मैं यहाँ पर बताना चाहता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने के लिए आवश्यक सिद्ध हो तो यह सत्य है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना चाहता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में बताना था।
- 3) मैं यहाँ पर बताना चाहता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि, उसे किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (above DO NOT)

- 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/post-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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब इसलिए यह जोसे को जान लेंगे, मैं (अर्पितक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" एम्स न्यायी, डॉन, सचिव/सचिव द्वारा उपयोग से पूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार संपन्न हो प्रकाश करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण से ज्ञान के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पितक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे तथा: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्स उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

[illegible]

AGREEMENT by HOSPITAL (FRESH DR BOX)

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 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.
- 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.

इसके अतिरिक्त, हाथपाटी की ओर से चाले-पेले की “बोलिया बारादेसा” से मिली साफ़ा संतु रिचरिता की गायी है, जिसे हम (हाथपाटी) फिर उबार ले गाय व लीकल करते हैं।

- 1) यह कि न तो साक्षर और न ही साक्षर में शिक्षित साक्षर किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से उच्च लेखिकता में लगे या तो लगे हैं, बल्कि कि इनमें "कोशिका पाठ्यक्रम" से शिक्षित/शिक्षित उच्च को साक्षर में "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा गहरा है कि है। यदि "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा साक्षर किसी अधिक-उच्चता से गहरा नहीं किया जा सकता है तो साक्षर किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य साक्षर से साक्षर होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि साक्षर शिक्षित गहरा उच्च लेखिकता से किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य साक्षर से नहीं लेना-देना।
2. "कोशिका पाठ्यक्रम" से ही यह साक्षर कोशिका शिक्षित प्रकृति की है। लेखी या इनसात द्वारा ही यह साक्षर या बिना के उपचार/प्रक्रिया का सुख लेते एवं इनसात को बीच का बिन्दु है और "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीलिए इनसात में लेखी को इनसात मुक्त और जाने जाने को सही विनियमों लेखी एवं इनसात की लेखी और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया या विनियमों इस प्रकार में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संयोजकता (संयोजकता/निरस्त का निशान लगाये)

ACCEPTANCE

संख्या

REJECTION

55

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

04.10.17

Dr. Atish Agrawal
M.D. M.S. Ph.D. Eye & Laser Vision
Reg. No. 34266
Sri Eye Foundation & Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
आर्य समाज के समर्थन में दया के लिए

(Signature)
Shri Sankar Bagchi
Director
Samar Eye Foundation & Research Centre

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

डा. व. भट्ट इन्द्रपाल अर्जुन अर्जुनी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अथवा

SIGNATURE of TRUSTEE 2

2000

SANCTIONED

2001

REJECTED

333