

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Blocks of We.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1017/1005

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

05.10.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MURARI GHOSH

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

67

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

AJIT GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

UTTAR PASHCHIM KATHARI SHANKUCHURA
BAGUNDI, BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS,
743429, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

UN EMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आय संपन्न

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

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.	MURARI GHOSH	67	M	SELF
2.	SANKARI GHOSH	57	F	WIFE
3.	DISWANT GHOSH	36	M	SON
4.	PROSENTH GHOSH	33	M	SON
5.	SWAPNA GHOSH	30	F	DAUGHTER

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 का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवक्षित 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 इस हेतु 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 प्रकरण में मिले गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रदान नहीं करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस घोषणा पत्रि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु माया करने की माया नहीं करूँगा, न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से माया लिये जाये और न ही भविष्य में लूँगा।

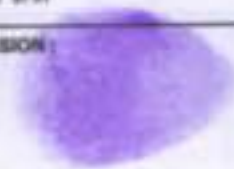
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/republish 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 donation to 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 प्रकरण पर मेरी इच्छा है कि मेरी नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य के बारे में जानकारी को "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टी" को उपयोग करने के लिये दिया जाये, जिससे वे मेरी सहायता के लिये माया कर सकें और मेरी सहायता को जारी रख सकें। मेरी सहायता को जारी रखने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को मेरी सहायता के लिये माया करने की आवश्यकता नहीं है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी के द्वारा उपयोग के लिये किया जायेगा। इस उपयोग से मेरी सहायता को जारी रखने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को मेरी सहायता के लिये माया करने की आवश्यकता नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

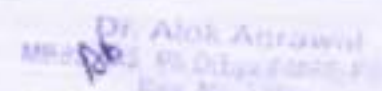
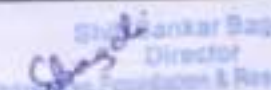
अर्शक की हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से जारी/लेने की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से मदद माया कर रहे हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद करने के लिये माया करने की आवश्यकता नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माया हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु माया नहीं किया जाता है तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा से स्पष्ट होता है कि सहायता सिफारिश करने पर उम्मीद करने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से माया लेना आवश्यक नहीं है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद माया की जाती है, उसे हम हस्पताल द्वारा ही माया कर रहे हैं और न ही किसी अन्य स्रोत से। इससे स्पष्ट होता है कि हमारे पास और न ही भविष्य में उम्मीद करने के लिये माया करने की आवश्यकता नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माया हेतु किया है। इससे स्पष्ट होता है कि हमारे पास और न ही भविष्य में उम्मीद करने के लिये माया करने की आवश्यकता नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माया हेतु किया है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05.10.17	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इच्छा व छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SANCTIONED सम्मत	REJECTED निरस्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इच्छा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इच्छा 2
		