

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

 APPLICATION No. : K/1017/1059
 आवेदन संख्या :
 APPLICATION DATE : 10.10.17
 आवेदन तिथि :

 NAME of APPLICANT : MUKUL RANI BASU
 आवेदक का नाम :
 AGE-YEARS आयु-वर्ष : 62
 SEX लिंग : F

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : AMAL KANTI BASU
 पिता/सहोदर का नाम :

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

 CHAMPA BERIA, BANGAON (M) BADURIA
 NORTH 24 PARGANAS, 743235, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

 OCCUPATION :
 व्यवसाय : HOUSE WIFE

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

PAN No. स्थायी आयकर 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
 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.	MUKUL RANI BASU	62	F	SELF
2.	AMAL KANTI BASU	70	M	HUSBAND
3.	SATYAJIT BASU	38	M	SON
4.	RUNU BASU	35	F	DAUGHTER

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विधि अपना

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

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किने गये विच्छेद का उद्देश्य:

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

 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 जो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: जॉन डी वॉशिंग्टन

- 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, 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 चाहूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मानन अलग चयन खाता है तो मेरी छात्रावधि प्रस्ताव को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर बताना चाहूँ कि "कौशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना चाहूँ कि मैं किसी छात्रावधि हेतु या अन्यथा किसी भी रूप में, उस मदद का अतिरिक्त या अलग-अलग स्रोतों से किसी भी रूप में प्राप्त करने की कोशिश नहीं करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (shown on web)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का उत्तर इसलिए या अन्य किसी रूप में नहीं देना है, मैं (अर्हक) अपनी साक्षी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में जोड़ें हैं, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायीयों, दान, समर्थन या अन्य उद्देश्यों से मुझे जोड़ने/विपरीत से निरर्थक करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण में इसका उपयोग करने या कर के करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि समर्थन को उद्देश्यों से जोड़ें हैं मुझे नहीं: समर्थन का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

...and the ...

AGREEMENT by HOSPITAL (एपुन डे ५०८)

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 अधिकृत, इलाहाबादी की ओर से पारलोकिकी की "बोलीला पाठ्यपुस्तक" से मिली पाठ्यपुस्तक से मिली है, जिसे इन (इलाहाबादी) विन उपाध से पान्य व अधिकृत करते हैं।

- 1) यह कि न तो सॉलम और न ही सीलिय में विविध सामान्य बिंदी के सामग्री संभव है कि सीलिय अन्य सीलिय से उच्च टेंपरेचर में लेने या ले रहे हैं, वे ही कि इन "सीलिय फायरिंग" से निष्कर्षित किया गया है कि सीलिय में "सीलिय फायरिंग" द्वारा गहरा हो कि है। यदि "सीलिय फायरिंग" द्वारा सामान्य बिंदी सीलिय सामान्य हो गुणवत्ता की बिंदु यह है कि सामान्य बिंदी अन्य के सामग्री संभव है कि सीलिय अन्य सामान्य से सामान्य लेने का सीलिय सुनिश्चित है। इस बिंदु में स्पष्ट कहा जाता है कि सामान्य बिंदु गहरा उच्च टेंपरेचर हो कि सीलिय के सामग्री संभव है कि सीलिय अन्य सामान्य से नहीं लेना लेती।
2. "सीलिय फायरिंग" से ही यह सामान्य संभव सीलिय प्रकृति की है। लेने या सामान्य द्वारा ही यह सामान्य है कि न तो सामान्य प्रक्रिया का सुझाव लेने एवं सामान्य के बीच का बिंदु है और "सीलिय फायरिंग" द्वारा बिंदी प्रकार का कोई रक्त नहीं है। इसीलिए सामान्य में लेने के द्वारा सुनिश्चित और लेने लेने की सीलिय बिन्दु लेने एवं सामान्य की होने और "सीलिय" की कोई सुनिश्चित या बिन्दु लेने इस प्रकार में नहीं होनी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त या निरस्त लगावे)		ACCEPTANCE सम्बु	REJECTION नसम्बु
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10.10.18	 Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No. 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व एडि. नं.	 Sankar Bagchi Director Eschschol's Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इत्यादि सहित अतिथि	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SANCTIONED समर्थित	REJECTED समर्थित	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाक़ा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाक़ा 2
			