

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

K/0118/1698

APPLICATION DATE:

08/01/18

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

GANESH DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

ASIM DAS

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

160 AROBINDA SARANI, KOLKATA, 700006,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

CONTRACT LABOUR

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME:

RS. 1600 X 12 = 19,200/-

(Attach Proof of Income)

कुल वार्षिक आय

(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. सत्याई खाता संख्या

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

Yes / No

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

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 सम्बन्ध
1	GANESH DAS	58	M	SELF
2	NAMESH DAS	50	F	WIFE
3	SUNIL DAS	27	M	SON
4	MIRSA DAS	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधायी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनोद 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 (JANUARY)

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 जो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: 2/10/98 22:50:58 98

- 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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न में मुझे एक सही विचार-मैदान मिली जा सकती है। मुझे एक सही विचार मिल सकता है। मैं इसे साक्षात् विचार की-क समझूँ।
- 2) मैं इसे जो समझूँ उसे "वैज्ञानिक विचार" में ही आता है। इसका अर्थ है कि प्रश्न की मुझे कोई सही विचार मिले, जो इस प्रश्न में सही सत्य है।
- 3) मैं इसे समझूँ कि इस विचार में जो सत्यता है वह सही है। इस विचार का अर्थ है कि सत्य विचार किसी अन्य विचार-मैदान-विचार-मैदान में ही सत्य है और न ही विचार में सत्य।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to form)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 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.

- [illegible]

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक को हत्याका या जंगल का दिशा।

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 200 5000)

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 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 स्पष्ट है, इस्लामी की ओर से मंगल-शरीरों को "अंतरिक्ष पर्यटन" से जितना अलग है, तब सिक्किम की जमीन है, जिसे हम (इस्लामी) जितना जल से मान्य न समझते हैं।

- [illegible]

2. "बोसिया कायदेशर" से भी यह सामान्य अंगण मिलित प्रकृति की है। दोनों का सम्बन्ध इस ही पूर्व सातह या किये गये उपकार/प्रतिभा का सुख से ही सम्बन्धित है और "बोसिया कायदेशर" इस किसी प्रकार का कोई पदार्थ नहीं है। इसलिये सम्बन्ध में दोनों को इसका सुख और जाने जाने की गयी विचारणीय होने एवं सम्बन्धित की होती और "बोसिया" को कोई व्यक्ति या विचारणीय इस सामान्य में गयी होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION नसम्मत
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/01/18	Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No. 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाहाबाद न रजि. नं.	Shri Shankar Bagchi Director Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाहाबाद अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SANCTIONED सन्तुष्ट	REJECTED सन्तुष्ट	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आशी इन्द्राज 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आशी इन्द्राज 2
			