

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE সামাজিক সহায়তা আবেদন প্রকল্প		(Healthcare) (স্বাস্থ্য দেশপ্রণালী)	 Building blocks of life				
APPLICATION NO.: অবেদন নং : K 1218   ১৩৮	APPLICATION DATE: অবেদন তারিখ : ৬/১২/১২	AGE-YEARS বয়স-বর্ষ : ৬৮			SEX লিঙ্গ : F		
NAME of APPLICANT: আবেদন করা চাহুড়া : SABETRI GHOSH				 			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: পিতৃ/স্বামীর নাম : PANCHANAN GHOSH							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : ১৫/১১৭/৭ GOA LIPGHT STREET, HAZRAJAT STREET, KOLKATA, 700005, WEST BENGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : ১৫/১১৭/৭ GOA LIPGHT STREET, HAZRAJAT STREET, KOLKATA, 700005, WEST BENGAL.							
OCCUPATION : কৃতিক কাজ : HOME MAKER.	<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (প্রেমী) / UNMARRIED (অব্রেমী) <small>(Attach Proof of Income) (আবেদন করা কাজের প্রমাণ)</small>						
TOTAL ANNUAL INCOME : জুড়া প্রতিবেদিত আয় : NIL							
PAN No. প্রতিবেদিত সংরক্ষণ নং : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): আবেদন করা কাজ কা দায়ী হল তা পর সহী কা নিম্নলিখিত তালিমতি।	<small>Yes / No হ্যাঁ / নহীঁ</small>						
FAMILY DETAILS পরিবার বিবরণ							
Sr. No. ক্রম সংখ্যা	Name of Family Member পরিবার কে সদর্দেশ কো চাহুড়া	Age (Years) বয়স (বর্ষ)	Gender লিঙ্গ	Relation with Applicant আবেদন করা কাজের সম্বন্ধে			
1.	SABETRI GHOSH	68	F	SISTER			
2.	DEEPTI GHOSH	45	F	DAUGHTER			
3.	KENO GHOSH	41	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) সহায়তা কে কীভু প্রয়োজন কৰা হচ্ছে:							
BPL Card (Attach Card Copy) পরিবেশ কো সৌধে স্বল্প এবং (ক্ষমতা এবং কাজ পর্যবেক্ষণ কো)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ক্ষমতা কো স্বল্প এবং (ক্ষমতা এবং কাজ পর্যবেক্ষণ কো)	Ration Card (Attach Copy) ক্ষমতা কো স্বল্প এবং স্বল্প কো	Any Other Basis/Proof অন্য কো স্বল্প				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: সহায়তা কে কীভু প্রয়োজন কৰা হচ্ছে:							
Sr. No. ক্রম সংখ্যা	Medical Reports/Prescriptions Attached অস্পাতালের সে কো কো গুরু পরিস্থিত সূচী সংযোগ						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE						
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)						
ASSISTANCE BEING AWALED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES এই উদ্দেশ্য কে কেন্দ্র কো অন্য সূর্যে কীভু অন্য কোটো সে লিপ্ত কো ছো?							
Sr. No. ক্রম সংখ্যা	NAME of OTHER SOURCE অন্য কোটো কো চাহুড়া			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWALED কো কো কোটো কো			

**DECLARATION by APPLICANT:** मार्गिक द्वारा घोषित करते हुए

- 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 Kashika 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) ਮੈਂ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਦੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਜ਼ਖਮੀ ਜਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਦੀ ਯਤਨ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹਾਂ ਜੋ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਦੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਜ਼ਖਮੀ ਜਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਦੀ ਯਤਨ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ।
  - 2) ਮੈਂ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਦੀ "ਜ਼ਖਮੀ ਪਾਰਾਪੰਥ", ਜੋ ਕਿ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਤੇ ਅਨੁਸਾਰ ਦੀ ਗੁਰੂ ਦੀ ਵਿਲੋਗ ਵਿੱਚ ਵਿਲੋਗ ਕਰੇਂ, ਜੋ ਇਸ ਸਾਰੇ ਨੇ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਦੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਜ਼ਖਮੀ ਜਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਦੀ ਯਤਨ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ।
  - 3) ਮੈਂ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਦੀ ਹੋਰ ਸੌਂਕਿਲੀ ਦੀ ਵਿਲੋਗ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਜ਼ਖਮੀ ਜਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਦੀ ਯਤਨ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹਾਂ ਜੋ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਦੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਜ਼ਖਮੀ ਜਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਦੀ ਯਤਨ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् आवेदक)**

- 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/pull-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 रात वा अन्य दिन जल्दी की बात लगता है (अपेक्षा) जहाँ समझे की उम्र कानूनी "विविध प्राचीनता और उदाहरणों" की अधिकृत बात है कि ये वा, वा, जोड़ी और ये विशेष इस रात में खेलते हैं, तो "विविध" एवं जाती, या, या विशेष युक्त ग्रन्थों तो युक्त विविध और उदाहरणों में विशेष वीच वाला विशेष में उदाहरण जाते वा लिखा गया है। ये इस वा विशेष में इसके बीच या वार में बदलते वा लिखा "विविध प्राचीनता" वा यादी अधिकृत है।
  - 2) ऐसे (अपेक्षा) इस वार में विशेष है कि ये वा, वा, जोड़ी और विशेष जो विशेष में विशेष में उदाहरणों में खेलते हैं युक्त वार: विशेष वा इकठ्ठा जाती विशेष। इस विशेष में "विविध" एवं उदाहरणों वा विशेष विशेष और विशेषीय जाता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

असौरक ने बताया कि उन्होंने किसी



AGREEMENT by HOSPITAL. (FRENCH AND SPANISH)

By affixing her/his/her signature, 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.

जाति अधिकार, जमानी की ओर से व्यवस्थाएँ या "जनताका प्रबोधनीय" में लिखे गए हैं इस विवरणीय दो भागों में, जिनमें इनका विवरण दिया गया है।

2. "वैदिक पात्रदीना" में यह वर्ष प्राचीन वंश के दिन उमड़ते थे ही। ऐसे यह इतना दूर से वर्ष प्राचीन यह दिनों के अवधारणा का एक वर्ष ही था और "वैदिक पात्रदीना" दूर दिनों तक यह या भी एक वर्ष नहीं है। प्राचीन इतना ने ऐसे वर्ष प्राचीन बना लिया और जो यहाँ विस्तृत है ऐसे वर्ष प्राचीन ही है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery बीमारी की तिथि	<b>Dr. Shubh Agarwal</b> Dr. Shubh Agarwal (Sgn) REF No: Reg. No. 2018-19 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) संसद वा नगर व इलाज व चिकित्सा विभाग, प.	<b>Shib Sankar Bagchi</b> Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नगर व पर्यावरण विभाग बैंगलोर
-----------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION कानूनी वापर के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी श्रमक १	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी श्रमक २
	