

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/128/1842 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 10/12/18 आवेदन तिथि		 	
NAME of APPLICANT: SUNDARI GHOSH आवेदक का नाम		AGE-YEARS अनु-वर्ष 58	SEX लिंग F.		
FATHER/SPOUSE'S NAME: CHITTARANJAN GHOSH पिता/सहोदर का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDRESS (घर का पता) MADHVA BACHHA BANERJEE BACHHA AKHAR PUR, PASIRHAT NORTH 24 PARAGANAS WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: (स्थायी निवास) - AC ABOVE -					
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. (आपका PAN संख्या)		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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.	SUNDARI GHOSH	58	F	SELF.	
2.	CHITTARANJAN GHOSH	65	M	HUSBAND.	
3.	RAM GHOSH	82	M	SON	
4.	MAYA GHOSH	72	F	DAUGHTER	
5.	SADOTA GHOSH	15	F	DAUGHTER.	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के, दोपहर भक्षण पर (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पर (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने लगे निती 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 (SUCCESSFUL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त प्राप्त की?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी गई सहायता राशी		

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो इसे वेरी करार दिया जायेगा जो कि गलत है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं या मेरा कोई भी रिश्तेदार, भविष्य में पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता है और न ही बीमा में मुँह।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/photocopy/produce 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 its 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, जो "कोशिका" द्वारा माँगा गया है, या, आवश्यकता पड़े पर, प्रसारण के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने और जानकारी के लिए किसी भी उपाय का उपयोग कर सकते हैं।

2) मैं (अर्शक) इससे सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित कर सकते हैं। इससे मेरी सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी अधिकार नहीं होगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा माँगा गया उद्देश्य का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हम यहाँ घोषणा करती हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निम्नलिखित कीजारी कर रहे हैं, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार्य करते हैं।

1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त करेंगे जो कि हम यहाँ से माँगा गया है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया सहायता पूर्ण नहीं है, तो हमें अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इससे हमें "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता प्राप्त नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें या हमारे डॉक्टरों का चुनाव करने का पूर्ण अधिकार होगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं होगा। हमारे डॉक्टरों का चुनाव करने का पूर्ण अधिकार हमारे डॉक्टरों और "कोशिका" को कोई भी प्रभाव नहीं होगा। हमारे डॉक्टरों का चुनाव करने का पूर्ण अधिकार हमारे डॉक्टरों का होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/12/18	Dr. K. C. [Signature] MBBS, D.O. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Susrut Eye Hospital & Research Centre, Cuttack	[Signature] Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम यहाँ हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्शक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्शक 2
[Signature]	[Signature]