

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No. : K1128/1878		APPLICATION DATE : 11/12/18					
NAME of APPLICANT : ALO GANGULY		AGE-YEARS 61		SEX F			
FATHER/SPOUSE'S NAME : HARENDRA NATH CHATTERJEE						 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : BALUAMURA SITALMATA ROAD, BAKASRI, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE							
OCCUPATION : HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income)					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ): हाँ / नहीं							
FAMILY DETAILS परिवार विवरण							
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से सम्बन्ध			
1.	ALO GANGULY	61	F	SELF			
2.	KAMINI GANGULY	52	M	Son			
3.	SACHIN GANGULY	50	M	Son			
4.	RUPA GANGULY	21	F	Daughter			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/दवाइय से चर्चा की गई डॉक्टरों द्वारा सलाह						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L.E.						
2.	SURGERY - L.E. (SALVAGE)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करना)

- 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह आवेदन निरस्त हो जा सकता है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से सही था नहीं है, उसका उपयोग इस आवेदन में दिये गये उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से भुगतान नहीं कर रहा हूँ, न ही भविष्य में करूँगा, न ही किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही भुगतान करूँगा और न ही बीमा में शामिल हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी का दस्तखत कर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में घोषित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित करें, दूर, दूरदर्शन, दूरदर्शन से दूरदर्शन और दूरदर्शन से दूरदर्शन के लिए किसी भी उपाय अपनाते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

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, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से भुगतान करने की स्वीकृति है, बिना किसी (हॉस्पिटल) निम्न उपाय से भुगतान करने के लिए।

- 1) यह कि मैं न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से भुगतान करूँगा, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से भुगतान करने के लिए मैंने अभी तक भुगतान किया है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से भुगतान करने के लिए मैंने अभी तक भुगतान किया है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से भुगतान केवल वित्तीय प्रकृति का है। उपचार का चुनाव और उसे करने के लिए मैंने अपनाया प्रकृति का चुनाव है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से भुगतान करने के लिए मैंने अभी तक भुगतान किया है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से भुगतान केवल वित्तीय प्रकृति का है। उपचार का चुनाव और उसे करने के लिए मैंने अपनाया प्रकृति का चुनाव है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से भुगतान करने के लिए मैंने अभी तक भुगतान किया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए योग्यता

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/12/18	K. Ghosh DO, DNB, FRCS (Name of Dr. in Charge, No. with Stamp)	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक द्वारा सहमत)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक द्वारा सहमत 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक द्वारा सहमत 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>