

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता डेतू आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य रक्षण)

**Koshika**  
foundation  
Building Block of Life.

APPLICATION No.: K11218/11993  
संवर्धन संख्या :

APPLICATION DATE: 14/12/18  
जन्म तिथि:

NAME of APPLICANT  
आवेदक का नाम

GANTAKESHWAR HALDAR  
गंटकेश्वर हलदार

AGE-YEARS वय-वर्ष

SEX लिंग

53 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पितृ/स्त्री का नाम

RANJAN HALDAR  
रंजन हलदार

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी ठांचा

HATI DEEP SITAKHARI KEDARSHIP  
सौथ 24 प्रेगनास नाकट बंगला

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : वास्तविक ठांचा

- AS ABOVE -

OCCUPATION:  
पेशी

HOME MAKER.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
वास्तविक वार्षिक वाताना

NIL

(Attach Proof of Income)  
(वाताना का साथ संपर्क)

PAN No.: स्ट्रीट लाइन प्राप्ति

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):  
क्या आप वाताना का वाताना है? (वह जाति हो जो आपका वित्तीय संपत्ति)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS संघर्ष विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member संघर्ष में सहस्रदार का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	GANTAKESHWAR HALDAR गंटकेश्वर हलदार	53	F	WIFE - स्त्री -
2.	PRADIP HALDAR प्रदीप हलदार	18	M	SON पुत्र
3.	PRADIP HALDAR प्रदीप हलदार	25	M	SON पुत्र
4.	ROOPA HALDAR रूपा हलदार	21	F	DAUGHTER पुत्री
5.	ROOPA HALDAR रूपा हलदार	20	F	DAUGHTER पुत्री
6.	RAJNA HALDAR राजना हलदार	25	F	DAUGHTER पुत्री

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए चिह्नित करें

EPL Card (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड के साथ साझा करें (उपर पर की जानकारी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसीजी कार्ड के साथ साझा करें (उपर पर की जानकारी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (उपर पर की जानकारी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई संबन्ध
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता के लिए कोई जिम्मी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जिम्मीकरण में कोई कोई चिकित्सा रिपोर्ट या रिक्रियुलेशन संलग्न
1.	DIAGNOSIS- Cataract- Rx.
2.	SURGERY- Rx (Cataract)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य स्रोत से भी वाताना को लिया जाता है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED कोई जाति का वाताना

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेशन करने वाले का:

- 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.
- 4) मैं पूरी तरह से यह आवेदन के लिए नहीं बोलता कि कोशिका ने मेरा जब उसी तरह है। यह नहीं बोलता कि कोशिका ने मेरा जब उसी तरह है।
- 5) मैं इस के लिए ऐसा कहता हूँ कि "कोशिका सहायता", जो मैं कहता हूँ, वह वास्तव में जो भी है जो भी बोलता हूँ, जो कुछ भी है।
- 6) मैं पूरी तरह से यह बताता हूँ कि मैंने कोशिका को जब उसकी सहायता के लिए बोला हूँ तो मैंने कोशिका को जब उसकी सहायता के लिए बोला हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्लिकेशन करने वाले)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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.
- 3) मैं इस के लिए बताता हूँ कि मैंने कोशिका को जब उसकी सहायता के लिए बोला हूँ कि "कोशिका सहायता की जरूरत नहीं" को बोला हूँ। यह बोला हूँ कि कोशिका को जब उसकी सहायता के लिए बोला हूँ, तो "कोशिका" एवं नाम, पर, वास्तव मूल वर्णन से भिन्न वर्णनों की जरूरत नहीं है। यह बोला हूँ कि कोशिका को जब उसकी सहायता के लिए बोला हूँ।
- 4) मैं (अप्लिकेशन करने वाले) यह बोला, कि मैंने कोशिका को जब उसकी सहायता के लिए बोला हूँ कि "कोशिका सहायता" को जारी रखता हूँ।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अप्लिकेशन करने वाले की चिन्हाएँ



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हॉस्पिटल का कार्य)

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 adopted/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.
- 3) कोशिका, कोशिका को जो नाम/निधि के "कोशिका सहायता" के लिए बोलता है वही है, जो हम (हॉस्पिटल) ने इस के लिए बोला है।
- 4) हम इस के लिए बोलता है कि हम कोशिका को जो नाम/निधि के "कोशिका सहायता" के लिए बोलता है वही हम ने इस के लिए बोला है। हम इस के लिए "कोशिका सहायता" के लिए बोलता है कि हम कोशिका को जो नाम/निधि के "कोशिका सहायता" के लिए बोलता है वही हम ने इस के लिए बोला है। हम इस के लिए बोलता है कि हम कोशिका को जो नाम/निधि के "कोशिका सहायता" के लिए बोलता है वही हम ने इस के लिए बोला है। हम इस के लिए बोलता है कि हम कोशिका को जो नाम/निधि के "कोशिका सहायता" के लिए बोलता है वही हम ने इस के लिए बोला है।
- 5) "कोशिका सहायता" के लिए यह आवाद कोशिका को जो नाम/निधि के "कोशिका सहायता" के लिए बोलता है कि हम कोशिका को जो नाम/निधि के "कोशिका सहायता" के लिए बोलता है वही हम ने इस के लिए बोला है।
- 6) "कोशिका सहायता" के लिए यह आवाद कोशिका को जो नाम/निधि के "कोशिका सहायता" के लिए बोलता है कि हम कोशिका को जो नाम/निधि के "कोशिका सहायता" के लिए बोलता है वही हम ने इस के लिए बोला है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

संगीत बग्ची के लिए संकेतिकृत

Date of Surgery अद्यता की तिथि  14/12/18	Dr. Sankar Bagchi MBBS, DNB, MCh Reg. No. -50971 Medical & Research Centre (Name of Dr. & Regt. No. with Stamp) कोशिका को जो नाम/निधि के "कोशिका सहायता" के लिए बोलता है।	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) कोशिका को जो नाम/निधि के "कोशिका सहायता" के लिए बोलता है।
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अप्लिकेशन के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी उपकारी 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी उपकारी 2