

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

 APPLICATION No. : K11242/1999 APPLICATION DATE : 14/12/18
 आवेदन क्रमांक : आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : KHAGENDRANATH GHOSH AGE-YEARS : 70 SEX : M
 आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : CHANDRAKANTA GHOSH
 पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

 FAMILY : GHOSHARA NORDAGAR DEBANGA
 NORTH 24 PARGANAS 743423 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

- AS ABOVE -

 OCCUPATION : UNEMPLOYED
 व्यवसाय

☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)
 वार्षिक आय (आप का सबब प्रमाण)

PAN No. : आवेदक का पैन

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय करदाता हैं (जो खाने को उस पर सही का चिह्न लगाएं)

 Yes / No
 हाँ / 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 संबंध
1.	KHAGENDRANATH GHOSH	70	M	SELF
2.	KEROLI GHOSH	55	F	WIFE
3.	MRINAL GHOSH	24	M	SON

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबब
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी के साथ ही या उपचार के लिए संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - R.E.
2.	SURGERY - R.E. (SILS+IOL)

 ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED उसी उद्देश्य के लिए

DECLARATION by APPLICANT: none due none yet

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/असत्य साबित पाया जाए है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता यदि "कौशल विकास प्रशिक्षण", के लिये मांग रही हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से कुछ भी प्रतिफल नहीं मांग रही हूँ, उस प्रतिफल का अधिकार या सहायता निरस्त किया जायेगा अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो निरस्त है और या ही अधिकार में मुझे।

AGREEMENT by APPLICANT. (attach 220 w/c)

- 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/post-up/republish 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 तरह का करने इच्छा या नहीं की बात समझकर, मैं (अर्हक) अपने छावनी की मुद्रि पास हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस तरह में प्रेषित करें, जहाँ "कोशिका" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता के माध्यम से मुझे चिकित्सीय और उपचारों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रशिक्षण करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मैंने या मैंने करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के प्रदान की सहायता है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के माध्यम से प्रदान की सहायता के लिए मुझे प्राप्त; सहायता का इच्छा या नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रदान की सहायता का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थ: वे शरीर का अंग का हिस्सा

AGREEMENT HOSPITAL (एग्रीमेंट हॉस्पिटल)

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.

हवाई अधिकार: हवाईपथी की ओर से आनेवाले/जाने की "वाणिज्यिक वायुसेवाएं" से मिलित आवाजाइयों को नियंत्रित भी करती है, जिसे हम (इसका मतलब) सिर्फ उड़ान से पहले व अंतिम करती है।

- 1) यह कि न तो परिवार और न ही व्यक्ति में स्थिति समझा किसे है। राजकी संरचना या किसी अन्य उद्योग से उठा लेने-पाने में तब या तो तब है, केवल कि इनमें "कीमती सामग्री" से निर्धारित/विनिर्दिष्ट उच्च को मान्यता में "कीमती सामग्री" प्राप्त करने हेतु कि है। यदि "कीमती सामग्री" प्राप्त सामग्री किसी व्यक्ति/संस्था से प्राप्त करने हेतु कि है तो आवश्यक किसे अन्य है। राजकी संरचना या किसी अन्य संस्था से प्राप्त करने या व्यक्तिगत व्यक्तिगत है। इस व्यक्ति में अन्य बातें हैं कि आवश्यक व्यक्तिगत करने उच्च लेने-पाने हेतु किसे है। राजकी संरचना या किसी अन्य संस्था से नहीं लेने-पाने।
2. "कीमती सामग्री" से ही यह आवश्यक किसे स्थिति प्रकृति की है। लेने या आवश्यक प्राप्त ही यह संस्था या किसे यह आवश्यक/व्यक्तिगत या व्यक्ति लेने हेतु आवश्यक को लेने का विषय है और "कीमती सामग्री" प्राप्त किसे उच्चता का कोई प्रमाण नहीं है। इसीलिए आवश्यक में लेने को प्राप्त सुझा और जाने जाने को नहीं विनिर्देशी लेने हेतु आवश्यक को लेने और "कीमती" को कोई व्यक्ति या व्यक्तिगत इस प्रकार में नहीं लेने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

समीक्षा के लिए संस्तुति

Date of Surgery 14/12/18	MO. 00.008.FRCR Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) Dr. Sankar Bagchi	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Dr. Sankar Bagchi
-----------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ॐ श्री गुरुभ्यो नमः

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राची शर्मा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राची शर्मा 2
	