

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता देते आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखाल)	 Building Block of Life	
APPLICATION No.: अवेदन का नं. 30871-1999	4/12/19 2019	APPLICATION DATE: जीवन दिन 15/12/18		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	ASHOK DAS.		54	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	NIRMAL DAS			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी ठाकुर बाबूदास चौहान 32/K CHRISTOPHER ROAD, GOBINDA KHATICK, KOLKATA, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी स्थायी ठाकुर बाबूदास चौहान — DR AGAVER —				
OCCUPATION: पेशी	CONTRACT LABOURER		Married (मुलाय) / UNMARRIED (विवेदि)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	Rs. 2000 x 12 = 24,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का स्वाप्त संतोष)	
PAN No.: शार्ट राज्य संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable) क्या आप दायर कर रहे हैं? (जो यानि उपर दी गई सभी का विवर समाप्त)				
FAMILY DETAILS: परिवार विवर				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant परिवार के अंतर्गत सम्बन्ध
1.	ASHOK DAS	54	M	SELF
2.	SHYAM DAS	56	M	SUFF
3.	RINTU DAS	54	M	SON
4.	SUMAN DAS	51	M	SUMAN
5.	SUKHA DAS	17	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिन्ह स्थापित करें:				
BPL Card (Attach Card Copy) एसीएल के लिए प्रधान या (उपर दी गई सभी की संतोष)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) इस यानि का प्रधान या (उपर दी गई सभी की संतोष)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (उपर दी गई सभी की संतोष)	Any Other Basic Proof अन्य की संतोष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता देते लिए नाम दिलायी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्यविवरों से जोड़े जाए वाले या फ्रिंजेस सुची संतोष			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता दिलायी जाने वाले से सिंधु या दी?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED जो या सहायता दी		

DECLARATION by APPLICANT: अप्लाईंट द्वारा कहा जाना चाहिए:

- 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 such assistance is requested.
- 4) मैं यह कहता हूँ कि मैं इस फॉर्म में दिये गए सभी विवरणों के बारे में ज्ञान वाला हूँ कि; यह जब विवरण ऐसे कारण सहित दिये जाते हैं कि वे कोई विवरण नहीं हैं जो कोई विवरण नहीं हैं।
- 5) मैं इस फॉर्म पर "कोशिका भवन-विवरण", जो यह कहता है, कारण उसके लिए यह नहीं है, जो इस फॉर्म में दिया गया है।
- 6) मैं यह कहता हूँ कि यह विवरण ऐसे कारण सहित दिये जाते हैं कि वे कोई विवरण नहीं हैं जो कोई विवरण नहीं हैं।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लाईंट द्वारा कहा)

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 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) मैं इस फॉर्म पर अपनी उम्र, जन्म तिथि, जीवनी और विवरण के बारे में ज्ञान वाला हूँ कि "कोशिका भवन-विवरण" को यह कहता हूँ कि वे कोई विवरण नहीं हैं, जो "कोशिका" एवं नहीं है, यह विवरण ऐसे कारण सहित दिये जाते हैं कि वे कोई विवरण नहीं हैं।
- 2) मैं इस फॉर्म पर अपनी उम्र, जन्म तिथि, जीवनी और विवरण के बारे में ज्ञान वाला हूँ कि "कोशिका भवन-विवरण" को यह कहता हूँ कि वे कोई विवरण नहीं हैं।
- 3) मैं (उम्र) इस फॉर्म में दिये गए विवरण के बारे में ज्ञान वाला हूँ कि वे कोई विवरण नहीं हैं जो कोशिका एवं नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्लाईंट द्वारा दिया गया हाथ का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा कहा)

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.

इसका अर्थात्, इसकी जीवनी और विवरणों के "कोशिका भवन-विवरण" के दिये गए विवरण सहित विवरण नहीं है, जिसे मैं (हॉस्पिटल) दिया जाता है जबकि वह है।

1) यह विवरण अपने और वे अपने विवरण में दिये गए विवरण के बारे में ज्ञान वाला हूँ कि वे कोई विवरण नहीं हैं, जो कोशिका एवं नहीं है। यह विवरण अपने विवरण के बारे में ज्ञान वाला हूँ कि "कोशिका भवन-विवरण" को यह कहता हूँ कि वे कोई विवरण नहीं हैं। यह विवरण अपने विवरण के बारे में ज्ञान वाला हूँ कि "कोशिका भवन-विवरण" इस विवरण सहित विवरण नहीं है। यह विवरण अपने विवरण के बारे में ज्ञान वाला हूँ कि वे कोई विवरण नहीं हैं।

2) "कोशिका भवन-विवरण" के जीवनी विवरण के बारे में ज्ञान वाला हूँ कि वे कोई विवरण नहीं हैं। यह विवरण अपने विवरण के बारे में ज्ञान वाला हूँ कि "कोशिका भवन-विवरण" इस विवरण के बारे में ज्ञान वाला हूँ कि वे कोई विवरण नहीं हैं।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संचालित के लिए संकेतित**

Date of Surgery
अंगीकार के तिथि
15/12/18

Dr. K. Ghosh
MBBS, DO, DNB, FRCS
Reg. No. - 50971
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Kochi Eye Foundation & Research Centre
Kochi के लिए एक अस्पताल के नाम

Shubhankar Bagchi
Director
Kochi Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नम्बर व पर अस्पताल अधिकारी की विवरण

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अन्तर्बोध कर्तव्य है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2