

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता ढेंगु आवेदन प्राकल्प

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION NO.: KI 121812032
संविधान संख्या :

APPLICATION DATE : 17/12/18
प्राप्ति तिथि

NAME of APPLICANT:
विवेदीकरण का नाम : ARCHANA GHOSH

AGE/YEARS वय/वर्ष : 62 SEX लिंग : F

FATHER'S/HUSBAND'S NAME:
पिता/पति का नाम : RADHAKANTA GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान स्थायी ठाना
BNG DIONA GHOSH STANDER CHAKRADHAR PURA
PAPRA PURA HALTA 2401100 PANCHMUKH
JUSSO, CIBST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान स्थायी ठाना

— AS ABOVE —

OCCUPATION:
पेशी : HOUSE WIFE

MARRIED (विवेदी) / UNMARRIED (विवेदी)

TOTAL ANNUAL INCOME:
सालाना आय : NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत लाएं)

PAN No. स्ट्रीट का संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSEESSEE? (Tick whichever is applicable):
आय नाल जुड़ा हो रहा है (जो सबूत हो उस पर मिल जाए)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant परिवार के सदस्य का सम्बन्ध
1.	ARCHANA GHOSH	62	M	SELF
2.	RADHAKANTA GHOSH	68	M	HUSBAND
3.	TARUN GHOSH	40	M	SON
4.	PINTU GHOSH	38	M	SON
5.	KATSERI BHOWMIK	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
मानवान्तर के लिए लियी गयी

BPL Card (Attach Card/Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate/Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basic/Proof जन की सहायता की स्रोतों का संकेत
गर्भी रेत के लिए इच्छा पत्र (इच्छा पत्र की स्थिति अस्तित्व की)	आवास की उपलब्धता (उपलब्ध की जाने वाली स्थिति की)	आवास की उपलब्धता (उपलब्ध की जाने वाली स्थिति की)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
मानवान्तर के लिए लियी गयी उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मरीजी/दवाओं से जड़ी की गई डिलिक्युट या दवाओं की संलग्नता
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
एक उद्देश्य के लिए किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED होने वाली सहायता की मात्रा

DECLARATION by APPLICANT: मान्यता प्राप्त चेत्।

AGREEMENT by APPLICANT (check one box)

- 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.

3) यह दस्तावेज का उपरी भाग का अंतीम बर्ताव, मैं (अप्लिकेटर) अपनी समीक्षा की उपर्युक्त रूप से "कोशिका फाउंडेशन और उपर्युक्त व्यक्ति" को अपन्नी रूप से दिखाएंगा, जो "कोशिका" एवं नाम, वय, वर्णवर्णन एवं उपर्युक्त व्यक्ति की समीक्षाएँ उपर्युक्त व्यक्ति को दिखाएंगी एवं उपर्युक्त व्यक्ति को दिखाएंगी।

4) मैं (अप्लिकेटर) यह दस्तावेज को देखने वाले व्यक्ति, वर्ष, जीवन की स्थिति एवं उपर्युक्त व्यक्ति को दिखाएंगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

मानव वै राज्य एवं विद्या विषय



AGREEMENT by HOSPITAL (W-1000 or W-100)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case patient for financial assistance from Kashika 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 this matter.

इस अनुमति कानूनी रूप से व्यक्त करने का "कोशिका प्रबन्धकाल" में दिए गए नियमों की विवर है, जिसे इस (कानून) में इस से एक ब अधिका कहते हैं।

 1. यह नियम वह वाली विवरण में दिए गए नियमों की विवर है जिसमें आवारी संभवतया या नियम वह वाले में उत्तम रूप से दिये गए हैं, जो यह कोशिका प्रबन्धकाल में व्यक्त किये गए वाले में "कोशिका प्रबन्धकाल" द्वारा वर्णित नहीं किये गए हैं। यह, "कोशिका प्रबन्धकाल" द्वारा वर्णित व्यक्तिगत रूप से व्यक्त किये गए वाले में आवारी संभवतया या नियम वह वाले में उत्तम रूप से दिये गए हैं जो व्यक्तिगत रूप से व्यक्त किये गए वाले में आवारी संभवतया या नियम वह वाले में उत्तम रूप से दिये गए हैं।
 2. "कोशिका प्रबन्धकाल" में दिये गए वाले में आवारी संभवतया या नियम वह वाले में उत्तम रूप से दिये गए हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery विकार की तिथि	 Dr. Avik Agarwal MF, FSNEC Reg. No. 2012 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) मुख्य विकार के लकड़ा २ दिन र.	 Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory Centre on behalf of Hospital) मुख्य विकार के लकड़ा २ दिन र.
----------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नवी इंद्राजा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Safary

John B.