

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता के लिए आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सहायता)



APPLICATION NO.:
आवेदन संख्या:

KJ12181 - 2045

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि:

12/12/18

NAME OF APPLICANT:
आवेदन करने वाले का नाम:

SATYENDRA GHOSH

AGE/YEARS वय/वर्ष: 65
SEX लिंग: M

FATHER'S/HUSBAND'S NAME:
पिता/जीवित पति का नाम:

KHAGENDRA GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास स्थान का वार्ता
NEERA, SOUTHERN 25 BORGOLDS, T-43368,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वास स्थान का वार्ता

— DS ABOUR —

OCCUPATION:
पेशी:

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:
वार्षिक कमाई:

NIL

(Attach Proof of Income)
(वार्षिक कमाई का सिवाय)

PAN No. एपीएन नंबर:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
कौन सा वर्ग का व्यक्ति है (जो जात्यानि वार्षिक कमाई का विवाहित करता है):

Yes / नाहीं
SI / नहीं

FAMILY DETAILS घरेलू विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरेलू के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant घरेलू के सदस्य का सम्बन्ध
1.	SATYENDRA GHOSH	52	M	SELF WIFE
2.	MANJU GHOSH	38	F	SON
3.	PRASANTA GHOSH	36	M	SON
4.	SUSMITA GHOSH	15	M	SOH

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
वास के लिए विवरित सम्बन्ध

EPL Card (Attach Card Copy) एपीएल कार्ड के लिए उपलब्ध करा (उपलब्ध कराने की काम की संतुष्टि की)	EWTS Certificate (Attach Certificate Copy) एव्हेचिटीएस के लिए उपलब्ध करा (उपलब्ध कराने की काम की संतुष्टि की)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड के लिए उपलब्ध करा (उपलब्ध कराने की काम की संतुष्टि की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सारणी

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता के लिए जो विशेष कारण है:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मरीजीकरण में जड़ी जो नई और अधिक भूमिका संभालने की जाने वाली विवरण
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE

2. SURGERY - LE (SICSTROL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए जो अन्य स्रोतों द्वारा जाने वाली विवरण क्या है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो कितनी सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT अप्लिकेंट द्वारा घोषणा की:

- 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 अपना पात्र (रिक्विएट) में दिये गए जानकारी को सत्यागत एवं असरदार मानता हूँ। यदि किसी भी विषय को सत्यागत एवं असरदार नहीं मानता है।

2) मैं इस विभाग की "सहायता प्राप्ति", या उस परीक्षा की, वापस आवंटित विभाग की गुणीता को दिया रखता हूँ, जो कि मानव एवं वात नहीं है।

3) मैं अपना (रिक्विएट) में दिये गए जानकारी को सत्यागत एवं असरदार मानता हूँ। यदि किसी भी विषय को सत्यागत एवं असरदार नहीं मानता है।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or sig)

- 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.

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

मुख्य विषयों का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (THIS IS A WO)

By affixing her/himself, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kusikha 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/confirmed 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.

प्रति वर्षीय राशनी की ओर से संसदीय दो "विभिन्न प्रक्रियाएँ" से विभिन्न राशन हुए विभिन्न की जाती है, जिसे इन (एकमात्र) विभिन्न राशन में यात्रा के अन्तर्गत बताया जाता है।

* "सिंहासन" एवं विश्वामित्र के नाम से जुड़ा हुआ इसका अर्थ यह है कि विश्वामित्र द्वारा विजय प्राप्त की गई विश्वासी विजय का अवधारणा करता है।

ਇਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਹਨ। ਸਿਰਫ਼ ਪ੍ਰਾਚੀਨ ਮਾਡਲ ਵਿੱਚ ਵੱਡੀ ਗਤੀਸ਼ੀ ਹੈ, ਜਿਥੋਂ ਵੱਡੀ ਗਤੀਸ਼ੀ ਹੈ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery ਵੈਕੋਗ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	Dr. Aksh Agarwal M.B.B.S., M.D., FRCR(Eye), D.F.R.B.E.S. Reg. No. 341/2018 (Dr Name & Regn. No. with stamp) ਡਾਕਤ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ	 Shib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Institute of Hospital & Research Centre ਸੁਧ ਕੇ ਸ੍ਰੀ ਇੰਡੀਆ ਮੈਡੀਕਲ ਸੀਨੱਡਰੀ
12/12/18		

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी ट्रस्टी 2

28.04.2013