

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवाएँ)

Koshika
Foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.: 101218/2149
प्राप्ति संख्या:

APPLICATION DATE: 21/12/18
प्राप्ति तिथि:

NAME of APPLICANT:
प्राप्ति का नाम:

BOKUL PANI GHOSH

AGE-YEARS साल-वर्ष
६३

SEX सेक्स
F

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

SUVIL GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास स्थान का नाम

POBTANI ग्राम KONKARAI नगरकोट पर्यावरण सरकारी अस्पताल

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वास स्थान का नाम

- AS ABOVE -

OCCUPATION:
पेशी:

HOUSE WIFE

MARRIED (प्रधिक) / UNMARRIED (अधिक)

TOTAL ANNUAL INCOME:
वार्षिक कमाई:

NIL

(Attach Proof of Income)
(अपने का सब्बा दस्तावेज़)

PAN No. ३५१ १०० १०० १००

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
मैं भी जरूरी वार्ता का वार्ता का विवरण दिलाउँ।

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरेलू विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरेलू के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant घरेलू के सदस्य
1.	BOKUL PANI GHOSH	62	F	WIFE
2.	SUVIL GHOSH	35	F	HUSBAND
3.	DEEPTI RAJ GHOSH	12	H	SON
4.	PRABIR GHOSH	9	M	SON
5.	LETKA JYOTI	61	F	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए चिन्ह लगाओ

EPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof जो की सहायता की
एप्ल कार्ड के लिए उपलब्ध नहीं (उपलब्ध की जाने की सेवा की)	एड्स कार्ड के लिए उपलब्ध नहीं (उपलब्ध की जाने की सेवा की)	राशन कार्ड (उपलब्ध की जाने की सेवा की)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्यों दिलाई जा रही है:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्तिकारी से जारी भी पहुँचिएं या दूसरी सेवाएँ
1.	DENGUE- GATE RCT - Le.
2.	SURGERY- Le (Cicatrix)

ASSISTANCE BEING AWALED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य स्रोत से दिलाई जानी चाहिए तो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWALED जो की मात्रा दर्शाएँ

DECLARATION by APPLICANT: मेरी द्वारा यह स्थिति यह:

AGREEMENT by APPLICANT (check or sign)

- 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 virtual, 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 Kastika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार या ज्ञाने की बात लाभकारी, ये (आवेदन) जगती विधियों की उपर्युक्त काला है एवं "विद्योग्य वाचादेशम् और वज्रदेश वाचेष्यम्" को लाभिषुद्ध करता है जिस से यह यात्रा खोटी नहीं रहती। यह विधान इस प्रकार में संक्षिप्त है, यहाँ "विद्योग्यम्" लक्ष्य, यात्रा, वाचादेश एवं लक्ष्यान् से युक्ती विधियोंमें से उत्तमविधियों में सिंकें विधियों द्वारा वाचादेश में प्रभावित करने के लिए लाभिषुद्ध है। यही प्रकार या विधान में, यात्रावाक्य की विधानों का अन्त में यात्रावाक्य के लिए "विद्योग्य वाचादेश" या ज्ञानी विधिषुद्ध है।
 - 2) ये (आवेदन) इस वाक्य में वाचादेश है जिसे यह यात्रा, यात्रा खोटी नहीं रहती। यह विधान ये हैं कि वाचादेश के लक्ष्यान् से जापाने की उपर्युक्त वाचादेश या लक्ष्यान् की वाचादेश इस प्रकार व्याप्तिशील या विशेष विधियों द्वारा वाचादेश होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

[View all posts in single row format](#)



AGREEMENT by HOSPITAL (SIGNATURES HERE)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koehika Foundation, we
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.

- 1) यह कि न हो सकता और वह ही भवित्व में विद्युत वातावरण किसी भौतिक संस्करण पर बिल्कुल नहीं हो सकता होने के लिए यह जल्द ही उस दोषीयताओं में से एक है, जैसे कि इसे "भौतिक पाठ्यक्रमों" में विद्युतित्वित्व तथा वे सम्बन्ध वे "भौतिक पाठ्यक्रम" द्वारा प्रदर्शित किए गए हैं। यह "भौतिक पाठ्यक्रम" द्वारा वातावरण विद्युत संस्करणका रूप समूह की विकास का वे सम्बन्ध किसी भौतिक संस्करण के वातावरण से वापस तो नहीं किया जाता है। इस पृष्ठ में लक्ष्य करा चाहा है कि मानवान्तरिक विद्युत वर्ष उस दोषीयताओं के द्वारा विकास का विकास का वातावरण में घटी गयी है।

२. "विभिन्न प्राचीनता" में वे वर्ग प्राचीन संस्कृत विद्याएँ शुद्धि की हैं जो वे पर इसका दृष्ट एवं वे प्राचीन संस्कृत विद्याएँ जो विभिन्न प्राचीनता का अनुसर होती हैं वह विभिन्न प्राचीनता में वे ही इसके सुधार और वे ही विभिन्नता हीं वह प्राचीनता में विभिन्नता हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery
10/20/04

Dr. K. Ghosh
MBBS, DO, DNB, FRCS
(Name of Dr. & Roll No. *Ques. 2*)
Institute of Postgraduate Medical Research Centre

Shib Shankar Bagchi
Director
Sutru Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE BY KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

28.04.2018