

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : 14/12/18/2156		APPLICATION DATE : 21/10/18					
NAME of APPLICANT : DEBBAN GIRI		AGE-YEARS : 75		SEX : M			
FATHER/SPOUSE'S NAME : MAHENDRA GIRI							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : NORTH 24 PARAGANAS, GUEST BENGALEE							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE							
OCCUPATION : UNEMPLOYED				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL				(Attach Proof of Income)			
PAN No. : [Blank]							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No							
FAMILY DETAILS							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1.	DEBBAN GIRI	75	M	SELF			
2.	PRAMILA GIRI	48	F	WIFE			
3.	SOLATA GIRI	36	F	DAUGHTER			
4.	ANITA GIRI	30	F	DAUGHTER			
5.	SABITA GIRI	19	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basic Proof	
[Blank]		[Blank]		[Blank]		[Blank]	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
[Blank]							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE						
2.	SURGERY - LE (SIAS + IOL)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			

DECLARATION by APPLICANT: **जारीत २०००**

- 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 बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं यहाँ पर अपना नाम भी हटा दूँगा।
- 2) मैं इससे यहाँ पर प्राप्त की "सहायता" केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो मैंने इस प्रश्न में बताया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से या अपने नियोक्ता या बीमा कंपनी से इस प्रश्न में बताये गये उद्देश्य के लिए पैसे नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (continue this page)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/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 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 प्रश्न का उत्तर इसलिए या कोई भी बात समझना, मैं (आवेदक) अपने आवेदन की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृवर्गों" को अधिकृत प्राप्त है कि मेरा नाम, पता, चोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, सम्पर्कण मुझे सहयोग से कुछी सीमितियों और स्थलोंमें से मिलने किसी भी प्रकार समझना से प्रतीति करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का जवाब ये प्रत्यक्ष को पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व प्रार्थी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटो और विवरण को बिना सहाय के सहयोग से प्रतीति है मुझे प्राप्त। सहायता का उपकरण नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भ्रातृवर्गों का निर्णय अंतिम और सम्पूर्णकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

andrew w. gartner w. aigle w. farrar



AGREEMENT by HOSPITAL (FORM 02-700)

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.

हार्ड कॉपीराइट: हार्डवेयर की ओर से लागू होने वाली "कॉपीराइट प्रारम्भिकता" से निमित्त प्रमाणित की जा सकती है, जिसे इन (प्रमाणित) निम्न प्रकार से प्राप्त न की जा सकती है।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही सर्वत्र में द्वितीय आकाश किसी भी आकाशी योग्य या किसी अन्य लोक से उन्नत देवीधर्मों में होने या तो वह है, यदि कि इनके "अतिरिक्त आकाश" से विपरीतविपरीत उन्नत से उन्नत में "अतिरिक्त आकाश" इस तरह है कि यह "अतिरिक्त आकाश" इस आकाश विपरीत अतिरिक्त/अन्तर्गत है मनुष्य नहीं किम ज्ञान है से अन्तर्गत किसी अन्य भी आकाशी योग्य या किसी अन्य अन्तर्गत से आकाश लोक का अतिरिक्त सुनिश्चित उन्नत है। इस धृष्टि में स्पष्ट भव्य भाव है कि अन्तर्गत द्वितीय तरह उन्नत देवीधर्मों है किसी भी आकाशी योग्य या किसी अन्य अन्तर्गत से नहीं सेव्यसेवी।

2. "कोटिका पाय-दोरा" से ही यह आख्या संभव दिविस प्रकृति की है। ऐसे में हमारा उद्देश्य ही यह ज्ञान था किने को उपचारितिक का मुक्त होने एवं हमारा
से भी व का विषय है और "कोटिका पाय-दोरा" इस विधि प्रकाश का कोई एकमात्र नहीं है। सुनिश्चित हमारा ये होने के द्वारा मुक्त और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी देने एवं हमारा
की सोचें और "कोटिका" की ओर धारिका या जिम्मेदारी इस मामले में रही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

राष्ट्रीयता के लिए संघर्ष करना

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O, DNB, FRCS Reg. No.-50971 (Name of Doctor & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. और, इ.	Shub Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) on behalf of Hospital नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ॐ नमो भगवते वासुदेवाय

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય શ્રીમદ્ ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય શ્રીમદ્ ૨
	