

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1218/2159

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

21/10/18

NAME of APPLICANT:

आवेदन का नाम

HRIDAY RANJAN GOLE

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

KESHAB CHANDRA GOLE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास

MINARHAN, NORTH 24 PARGANAS 743925,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (को खाने को उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ सम्बन्ध
1.	HRIDAY RANJAN GOLE	75	M	SELF
2.	KESHAB CHANDRA GOLE	75	F	WIFE
3.	SHUBANKAR GOLE	42	M	SON
4.	DIPANKAR GOLE	40	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि

[illegible]

- 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 यहाँबताना हूँ कि इस प्रश्न में मिले गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रदान नहीं करता है तो वेही प्रमाण प्रदान की जा सकती है।
- 2) मैं इस से प्राप्त होने वाले "कौशलिक परामर्श", से जो लाभ उठे है, उसका उपयोग उही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँबताना हूँ कि मैंने अपनागत कुछ भी अन्यत्र नहीं पाई है, उस एवम का कौशलिक या प्रमाण प्रदान किया जाये अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (unless the word)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 तरह का करने इस्तेमाल या कोई भी अन्य उपयोग, मैं (अर्हक) यहाँ पर हस्ताक्षर करके "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस तरह में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, पत्रिका या अन्य माध्यमों से मुझे प्रचारित करने के लिए प्रसारित करें और जानकारी के लिए किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस तरह का विचार मैं प्राप्त करने के बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित किया जाएगा। इस बात का फैसला कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी के पास होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

andrew w. gump w. n. c. 1910



AGREEMENT by HOSPITAL: (FHSR 2010 400)

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:

- 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.

इससे अधिकतर, इतालवी को और से गाना-लुने को "बोलिवा फास्टीस" से मिलियन गानावा हेतु विपरीत भी कहा है, जिसे हय (हमनावा) गिन जवा से सान व लोवा कहा है।

- 1) यह कि न तो जीवन और न ही मरिचक में विविध सामान्य किन्हीं के सामान्य संसार या किन्हीं अन्य संसार से उच्च ऐतिहासिकता में लेने या ले ले है, जैसे कि इन "कोशिका चक्र-दोहरा" में निरालातिरिचिती उच्च के समान में "कोशिका चक्र-दोहरा" इन पर ही कि है। यही "कोशिका चक्र-दोहरा" इन सामान्य विविध अतिरिक्त-समय से गुजर रही किन्हीं जगह है तो अत्यन्त किन्हीं अन्य के सामान्य संसार या किन्हीं अन्य संसार से सामान्य लेने का जीवन-सृष्टिगत उच्च है। इस सृष्टि में स्वयं उच्च जगह है कि अत्यन्त विविध पर उच्च ऐतिहासिकता से ही किन्हीं के सामान्य संसार या किन्हीं अन्य संसार में यही संसार-सृष्टि।
2. "कोशिका चक्र-दोहरा" में ही यह सामान्य संसार विविध सृष्टि की है। ऐसी या इत्यन्त इन के यह जगह या किन्हीं के अत्यन्त-समय का गुण ऐसी ही इत्यन्त के बीच का विचार है और "कोशिका चक्र-दोहरा" इन किन्हीं उच्च का ही उच्च यही है। इत्यन्त इत्यन्त में ऐसी के उच्च गुण और यही के ही यही किन्हीं ऐसी ही इत्यन्त के ही और "कोशिका" के ही मरिचक या किन्हीं ऐसी ही यही ऐसी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इन्दीश्वरी ओ लिपि संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, DD, DNB, FRCS Reg. No. - 50971 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व एड्रेस	Shri Senkar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION 40-0116 37000 01

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इन्द्रजीत ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इन्द्रजीत 2
	