

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

K/0119/2237

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

03.01.2019

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

SOVA GANGULY

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

SAMBHUNATH MUKHERJEE

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

117 ARABINDRA SARANI, BEHARU STREET
KOLKATA 700006 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

HOME MAKER

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

NIL

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SOVA GANGULY	69	F	SELF
2.	SIBNATH GANGULY	46	M	SON
3.	PADMA GANGULY	42	F	DAUGHTER
4.	MIRA GANGULY	29	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT-RE
2.	SURGERY RE (SLCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक ह्यु भवेन यः**

- 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 बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता शिवाय की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस एजेंसी का व्यक्तिक या प्रकृतिक विवरण किसी अन्य प्रोटीजिटेक्शन/सोशल सिक्युरिटी से न ली गया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (unless you wish)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to establish/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.

- 2) मैं (आलेखक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार से प्रकाशित है, इसे "कॉलिका" एबन्यू न्यूज, टाउन, वाशिंगटन द्वारा उद्घरण से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के तिरों बिना भी प्रसारित करने से निषेध नहीं है। मैं इसका विवरण में इसका भी पता या नाम से करने से निषेध "कॉलिका फाउंडेशन" से न्यूज प्रतिनिधित्व है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अनेक नैऋत्य वा अंग्रेजी का विषय



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

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.

हमारे अतिथिगत, हस्ताक्षरी को और से सम्बन्धितों को "बोसिया फायरबैक" से विविध सहायता हेतु निमन्त्रित की जाती है, जिसे डाय (हस्ताक्षर) दिन प्रकार से मान्य व गरीब करने है।

- 1) यह कि जे अविनय और जे डी विनय में विनियम साधारण किसी भी साधारण संस्था या किसी अन्य उद्योग से उक्त ऐंटी-कॉलर में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोलिका फायर-टैलर" से विपरीत/विपरीत उक्त को अविनय में "कोलिका फायर-टैलर" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोलिका फायर-टैलर" द्वारा साधारण विनियम अविनय/अविनय हेतु गहरा नहीं कि जे उक्त उक्त कि जे अविनय किसी अन्य भी साधारण संस्था या किसी अन्य संस्था से साधारण लेने का अविनय सुनिश्चित उक्त है। इस धृष्टि में उक्त उक्त उक्त कि जे अविनय विनियम गहरा उक्त ऐंटी-कॉलर में हेतु किसी भी साधारण संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।
2. "कोलिका फायर-टैलर" से ली गई साधारण कोलिका विनियम उक्त कि है। ऐंटी या उक्त उक्त द्वारा ही गई उक्त या कि जे उक्त उक्त उक्त का धुन्य ऐंटी एवं उक्त उक्त को लेता या विनय है और "कोलिका फायर-टैलर" द्वारा किसी उक्त का कोई उक्त नहीं है। इसलिये उक्त में ऐंटी को उक्त सुनिश्चित और उक्त जे को उक्त विनियम ऐंटी एवं उक्त उक्त को लेती और "कोलिका" को कोई उक्त या विनियम उक्त उक्त में नहीं लेती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसुति

Date of Surgery सर्जरी की तारीख 03-01-2019	 Dr. Alok Agrawal MBS, MS, Ph.D (Eye) FMRP Reg. No. 34586 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. अलोक अग्रवाल एम.बी.एस. एम.एस.	 Shikhar Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. शिखर संकर अग्रवाल
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

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