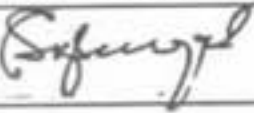


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0119/2278		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		MAHANAYA GHOSH		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम		MANDAGOPAL GHOSH		54	F.
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता				 	
PURSA DANDIHAAT, GUTKA, BASTI/HAAT KALITA 24 PARAGATMAS 743401 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता					
AS ABOVE.					
OCCUPATION : व्यवसाय		HOUSE WIFE.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		NIL		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. सॉफ्ट कोपी संलग्न					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / 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.	MAHANAYA GHOSH	54	F	SELF	
2.	MANDAGOPAL GHOSH	62	M	HUSBAND	
3.	VIJAY GHOSH	31	M	SON	
4.	ADARSH GHOSH	29	M	SON	
5.	SUJAY GHOSH	26	M	SON	
6.	ADARSH GHOSH	21	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियम आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश्न कार्ड की प्रमाण प्रत (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विनियम 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 (SECS-100)				
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 कौन सा सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें: 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं इस बात को सहायता हेतु "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जानता हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पत्राचार में है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस धरातल पर या अन्य किसी भी स्रोत से अन्य प्रकार/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो मिलेगा और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तिगत' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा, मौखिक, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों से, कोशिका फाउन्डेशन के लिए दानों को एकत्रित करने के लिए या कोशिका फाउन्डेशन के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउन्डेशन के उपयोग के लिए प्रकाशित करने का अधिकार कोशिका फाउन्डेशन के पास होगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी अंतिम और स्वीकार्य होगी।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण) By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से या अनुरोधों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी मरीज के मामले में कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त की जाएगी, जब तक कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी, तो कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी, तो कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी, तो कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव कोशिका फाउन्डेशन और मरीज के बीच की है। कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी, तो कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी, तो कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04-01-2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप  Dr. Adhishak Mondal M.D., MS Reg. No. 71388 Director of Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी  Shib Sankar Bagchi Director Eye, ENT, Head & Neck Surgery & Research Centre	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 