

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखापत्र)	 Building block of life.		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	K/0719/0851	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:			13/07/10
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	GANESH BARUI	AGE-YEARS वय-वर्ष:	70	SEX लिंग:	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	PULIN BARUI				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी पता KARDWIP MATH PARA, SURYANAGAR, SOUTH 24 PARAGNAT, 743374, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासीय पता As Above					
OCCUPATION: अवलम्बन:	UNEMPLOYED.		<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विविहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	Rs 17.10 x 12 = 204.00/-		<input type="checkbox"/> (Attach Proof of Income) (आय का साक्षय संतान)		
PAN No. स्थाई छाता संख्या:					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता है (जो मात्र ही डस्ट पर सही का निशान लगायें)			<input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> 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. GANESH BARUI	70	M	SELF		
2. SUMEDHKA BARUI	68	F	WIFE		
3. BHAVNA KRISHNA BARUI	46	M	SON		
4. CHANDANA DAS	45	F	DAUGHTER		
5. SURJUINI DAS MONDAL	40	F	DAUGHTER		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिह्नित उद्देश्य					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाक जान संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाक जान संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) इष्टभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाक जान संलग्न करो)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साझा		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये जाने वाली का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनस्वास्थ्यकार्य से जारी की गई ड्रिलिंग सूची संलग्न				
1. DIAGNOSIS - CATARACT - RT					
2. SURGERY - Ro (किट्टियोल)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सीधी राशि सहायता गयी			

**DECLARATION by APPLICANT: लायेक द्वारा कोरा पाएँ:**

- 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 जोकल करता हूं कि इस प्राप्ति से ऐसी विवरण में जाकरी के अनुसार उपर यह यह होता है: यदि कोई विवरण ऐसे बदल जाता है तो मैं उसका नियम की जगह होता है।
- 2) ऐसे द्वारा जो सहायता प्राप्ति "कोशिका फाउंडेशन", ये जो यह होता है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए विषय करता, जो इस प्राप्ति में भय नहीं है।
- 3) मैं पुरी करता हूं कि विस सहायता हेतु यह आवंटन की चाही है, उस प्रति का आवेदन यह सहायता नियमों अनुसार विस्तृत न हो सकता है और न ही विवरण में सूचित होता है।

**AGREEMENT by APPLICANT (लायेक द्वारा करता)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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 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 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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति भर अपने इस्तमाल के अंतर्गत की जान साक्षात्, मैं (लायेक) अपनी सहायता की पुरी करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नियमों" को अधिकृत करता हूं कि मैंने यह, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दीखिया है, उसे "कोशिका" प्राप्ति नामी, धन, वाक्यांश दूसरे अन्यत्र सूचित किये गए उपलब्धियों जैसे विवरणों के लिए किया है प्राप्ति यह सहायता से प्राप्ति करने के लिए अधिकृत है: मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इस्तमाल के घटसे या बार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वाली अधिकृत है।
- 2) मैं (लायेक) इस बात से सहमत हूं कि मेरे नाम, धन, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्ति है मुझे प्राप्ति सहायता का इकायन नहीं बनाता; इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नियमों का नियम अंतिम और अधिकृत होता।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

लायेक के इस्तमाल के अंतर्गत का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पित द्वारा करता)**

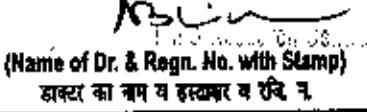
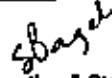
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

इस्तमाल के अंतर्गत सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विवरण सहित हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हास्पित) नियम प्रकार से यह यह स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न हो कर्तव्य और न ही भविष्य में विविध सहायता दियी गई सहायता संस्थान के विविध अन्य संस्थान से यह संस्थान के लिए यह होता है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध विविध उपर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्ति दी गई है: यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता दियी गई अन्य सहायता संस्थान से सहायता संस्थान के अधिकार द्वारा दिया जाता है तो अस्पताल नियमों अन्य और सहायता संस्थान या विविध अन्य संस्थान से सहायता संस्थान का अधिकार द्वारा दिया जाता है। इस पुरी से स्वतंत्र करता है कि अस्पताल द्वितीय प्रकार अन्य एवं विविध संस्थान से नहीं होना।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लो गई सहायता के बारे विविध प्रकृति की है। योगी पर हास्पित द्वारा यह यह सहायता का उपयोग यही पर्याप्त नहीं है। इसलिये हास्पित में लोगों के हास्पत युवाओं और अपने जरूरी की सही विवेदनीय होनी पर्याप्त हास्पित की होती है। और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किया गया काम का कोई बदल नहीं है। इसलिये हास्पित में लोगों के हास्पत युवाओं और अपने जरूरी की सही विवेदनीय होनी पर्याप्त हास्पित की होती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्कृति**

Date of Surgery बोर्डर की तारीख 13/07/19	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम यह हास्पित के रोप. न.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हास्पित अधिकृत अधिकारी
--	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अन्तर्बोध उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम हास्पित 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम हास्पित 2
