

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation <i>Building Block of life</i>	
APPLICATION No. : K/12/2713 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 24/12/2019 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : BASANTI GHOSH आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 24	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BHAKTO HALDER पिता/सहोदर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता ULTADANGA MAIN ROAD, KOLKATA 700067, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION : HOME MAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1600X12 = 19200/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)			
PAN No. सवाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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.	BASANTI GHOSH	64	F	SELF	
2.	PROYANKA GHOSH	33	F	DAUGHTER	
3.	HAIRAK GHOSH	26	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार					
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) रन्धेपका कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचारेण सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — LE (STES + IOL)				
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 एवं गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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) ये धारणा बताई है कि इस प्रश्न में दिने एवं सप्ते विचार की जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विचार एवं कथन असत्य पाया जाता है तो भी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) ये धारा जो सहायता दिला "कॉलिका प्रमोशन", से ही आ रही है, उसका उपयोग उही धराय की पूर्ति के दिने किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पाया गया है।
- 3) ये धारा बताई है कि सहायता हेतु यह प्रश्न की गई है, उस दृष्टि का अर्थिक या सहायता निरास किसी अन्य कोटिनिरोधक/योग्य कथनों से न हो लिया है और न ही धारणा में है।

AGREEMENT by APPLICANT (請願者 同意書)

- 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.

- [illegible]

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्ष के ह्रास या लंबे का निदान



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.

इससे अप्रतिष्ठ, इसका अर्थ भी अंदर से गन्तव्यपूर्ण भी "कोटिका फाटनेवाला" से विविध साधना हेतु विचारित की जाती है, बिना इन (बन्धन) विना प्रकार से राज्य व लोकतांत्रिक भाव है।

- [illegible]

2. "कोशिका प्रजापंथ" से ही यह सापेक्ष संकलन प्रेरित प्रकृति की है। ऐसी या इयत्तल द्रव की यह सतह या किने गले उपकारप्रतिष्ठा का सुपुत्र ऐसी एवं इयत्तल के बीच या विषय है और "कोशिका प्रजापंथ" द्रव किसी प्रकार का कोई दृश्य नहीं है। इसीलिए हमारा मत है ऐसी के सतह सुपुत्र और आवे जाने की सारी विमर्शों ऐसी एवं इयत्तल की ऐसी और "कोशिका" की कोई भविष्य या विमर्शों इय सतह में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडली के लिए संस्मृति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 24/12/2019	Dr. K. G. ... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्तक्षरित अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनधिकृत उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यापारी हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यापारी हस्ताक्षर 2
		