

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. : K/0120/2998 APPLICATION DATE : 3/1/2020
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : AJAY GHOSH AGE-YEARS उम्र-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 53 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RAMCHANDRA GHOSH
पिता/हस्ताक्षर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
GIVENENDRANATH, 104 NAGAR, SMITH 24-
PARAGURU 743331, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION : FARMER
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2000 X 12 = 24000/-
कुल वार्षिक आय

PAN No. स्पार्ड खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाख हैं (को मनाव डो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes / NO हा / नही

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.	AJAY GHOSH	53	M	SELF
2.	RAJAY GHOSH	25	M	SON
3.	AKASH GHOSH	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/युक्ती संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे 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: **मार्गदर्शक द्वारा अधिनियम पर:**

- 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 कतार दूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निम्न भी का सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता यहाँ "कौशिका फाउन्डेशन", से ही का रही हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये बिना करूँगा, जो इस प्रश्न में मग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं किसी सहायता से नही का उपयोग नहीं करूँगा, उस धन का उपयोग का सहायता निम्न किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सिका है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (only to be used)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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 प्रश्न का उत्तर इसका या नहीं की आप समझें, मैं (अर्पणक) अपनी छाप की मुद्रा करता हूँ एवं "कोशिका" फाउंडेशन और उसके ट्रस्टीयों को अधिकृत करता हूँ कि वे वेब, पत्र, फोटो और विचार इस प्रश्न में शामिल हैं, इसे "कोशिका" एनएन ज्योषी, एन. कम्पनय द्वां उत्तरों से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के निवेदितों की प्रकाशना के प्रयत्न करने के लिए अधिकृत है। वे प्रश्न का विचार वे इसका के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में गवाही अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से समझता हूँ कि वे वेब, पत्र, फोटो और विचार को कि प्रकाशना के उत्तरों से प्रयत्न है जुड़े प्रश्न: प्रकाशना का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एनएन ज्योषीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अनेक ही इच्छा आहे की अनेक ही निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (HSPHIN 270 000)

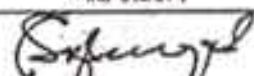
By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

- 1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अधिकतम विविध साधन किसी एक साधक को प्राप्त या किसी अन्य तबले से उठा लेनी/पानी में डाले या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फायबेराइन" से निर्मित/निर्मित तबले को सम्भव है "कोशिका फायबेराइन" द्वारा भर दे दे कि है। यदि "कोशिका फायबेराइन" द्वारा साधन निर्मित कोशिका/तबले में से सम्भव नहीं किया जाता है तो आवश्यक किसी अन्य एक साधक को प्राप्त या किसी अन्य साधन से साधन लेने का अधिकतम सुनिश्चित तबले है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आवश्यक निर्मित भर उठा लेनी/पानी में दे दे किसी एक साधक को प्राप्त या किसी अन्य साधन से नहीं लेनी/पानी में।
2. "कोशिका फायबेराइन" से ही यह साधन को प्राप्त निर्मित प्रकृति की है। ऐसी या इसका द्वारा ही यह साधन या निर्मित तबले तबले/तबले या तबले लेनी एवं इसका को लेने का विषय है और "कोशिका फायबेराइन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रख नहीं है। इसीसे इसका में ऐसी को इसका तबले और अन्य जगह की नहीं निर्मित ऐसी एवं इसका की लेनी और "कोशिका" की कोई अधिकतम या निर्मित इस साधन में नहीं लेनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिश को लिए सोझति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 3/1/2020	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तेमाल व छाप 	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तेमाल अधिकृत अधिकारी 
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इस्तेमाल 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इस्तेमाल 2 