

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सेवाएँ)

APPLICATION NO.: K/0724/0402 ..

APPLICATION DATE: 05.07.24
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: USHARANI GHOSH
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष
50SEX लिंग
FFATHER'S/SPOUSE'S NAME: LATE GOUR GHOSH
पिता/कुप्रिया का नामPRESENT RESIDENCE ADDRESS: कविमान आवासोंद पल
SADIKNAGAR, CHAITTA DISTRICT-II, NORTH
24 PARGANAS नवउग्रा WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: गोर आवासोंद पल

— AS ABOVE —



Koshika
foundation
Building block of life.
OCCUPATION:
अवस्था

M.A.D

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
बुल वार्षिक आय

2000 X 12 = 24,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष मतलब)

PAN No. स्पष्टी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय का दाता है (जो पात्र हो उस पर सही का विश्वास लगाये):Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	USHARANI GHOSH	59	F	SELF
2.	LATE PACHU GOPAL GHOSH	64	M	HUSBAND
3.	SANDIP GHOSH	30	M	SON
4.	SANTIK GHOSH	26	M	SON
5.	RANU GHOSH	21	F	DAUGHTER
6.	MAMONI GHOSH	18	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
मरीज़ी रेखा को लौंच प्रभाल पत्र (प्रभाल पत्र की जाति प्राप्ति संलग्न करें)	अस्पताल कार्ड (प्रभाल पत्र की जाति प्राप्ति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रभाल पत्र की जाति प्राप्ति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई ड्रिविंग सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS --- CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (STICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए किसी 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 AVALIED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा घोषणा करा।

- 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.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of/reimbursement, in part or in full, from any other source/employee/insurance-company, of the amount for which this assistance is requested.
- I मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार मे दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार मत्त्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कथन असत्य पाया जाता है तो उसे महानगर निवास की ओर सही है।
- मैं द्वारा ने नहाना चाही "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जानकारी है, उसका उपचार उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार मे पठा रहा है।
- मैं दृष्टि करता हूँ कि विस महानगर हेतु यह सही को गई है, उस तरीके का अधिकार या उसका हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/वीना कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्पेलेंट द्वारा करा)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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.
- 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.
- इस प्रकार मे अपने हाथापाई की ओर सहायता मे (अप्पेलेंट) अपने जानकारी को पुरी बताता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्यादीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जन्म, जाती और जो विवरण इस प्रकार मे दिया गया है, उसे "कोशिका" एवं ज्यादी, इन, सामना/वा यूसू, उद्देश्य मे जुड़ी गतिविधियों और उद्देश्यों के लिये किसी भी प्रमाण यात्राम् या प्रमाणित करने के लिये उपयोग किया जाएगा। मे प्रत्येक का विवरण को इसके के पाया जा सकता है जबकि उसके के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व ज्यादी अधिकृत है।
- मे (आपेक्षक) इस बता से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, जाती और विवरण जो कि महानगर के उद्देश्यों मे प्रयोग हैं युक्त स्वतः महानगर का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध मे "कोशिका" एवं इनके ज्यादीयों का विषय अंतिम और बास्तकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपेक्षक के इसकार से निम्नों का लिया गया



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करा)

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:

- 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.
- 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 अधिकृत, हमानारी की ओर से यापाने/देखी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध घावाल एवं विशिष्टियों को जानी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न लिखा से जान्य के स्वीकृत करते हैं:

- वह कि न तो जानकारी न ही धर्माद्वय मे विविध घावाल विकारी गैर सरकारी संस्थान या किसी ज्यादा स्वतः मे उक्त दोषीयों/सम्बन्धीयों मे स्तों या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध घावाल के सम्बन्ध मे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदर्शित हुए हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महानगर विनियोग संस्कार की जिक्र जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धीय संस्थान से घावाल लेने का अधिकार युक्ति से रखता है। इस पूर्ण रूप से स्वतः कहा जाता है कि अस्पताल हिन्दौप शरद उक्त दोषीयों/सम्बन्धीयों से हुए जिक्रों की विवरण या घावाल के सम्बन्ध मे नहीं लेना/देना।

- "कोशिका फाउंडेशन" मे ली गई महानगर के विविध घावाल विकार प्रकृति की है। हमने पर अस्पताल द्वारा दी गई जानकारी का जुनून एवं पर्याप्तता के दोनों का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी इकाई के कोई इच्छा नहीं है। इसलिये हमानारी मे रोगी के इच्छा सुना और अने जाने की मात्रे विवरणीय एवं विवरण की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विनियोगीय इस जानकारी मे नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्कृति

Date of Surgery अंगीरण की तारीख <i>05.02.24</i>	<i>Dr. S. Balaji Das</i> M.B.B.S M.S Orthopaedic (Name of Dr. & Regt. No. with Stamp) दाकपत्र का नाम व डाकपत्र का नंबर	<i>OPTOM AVANTI DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) <i>SANKARA (YOGI)</i> नाम व उपचार की अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदित उपलेख हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्यादी हस्पताल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्यादी हस्पताल 2