

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1129/1153 आवेदन संख्या :	APPLICATION DATE: 06/11/29 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: NIHARRANJAN GOSWAMI आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु-वर्ष 59	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कनूपी का नाम	DURGADAS GOSWAMI			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान जाबास्थान पता KALYANPUR HOWRAH 711303 WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई जाबास्थान पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: जबाबदारी	TEA STALL	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	5000 x 12 = 60,000	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़)		
PAN No. स्थाई संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप अपने कार दाता हैं (जो मासिक उत्तर पर सही कार निशान लगायें): 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 सब सम्बन्ध
1.	NIHARRANJAN GOSWAMI	51	M	SSELF
2.	DURGADAS GOSWAMI	53	F	WIFE
3.	PRASANNA GOSWAMI	30	M	SON
4.	SUSHANT GOSWAMI	24	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिनाती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप प्राप्त संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मध्य अवश्यक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप प्राप्त संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपपोषक कार्ड (प्रमाण पत्र की जाप प्राप्त संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विस्तृत का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आई की गई प्रतिवेदन यूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE — (SICS+IOL)			
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
49.				
50.				
51.				
52.				
53.				
54.				
55.				
56.				
57.				
58.				
59.				
60.				
61.				
62.				
63.				
64.				
65.				
66.				
67.				
68.				
69.				
70.				
71.				
72.				
73.				
74.				
75.				
76.				
77.				
78.				
79.				
80.				
81.				
82.				
83.				
84.				
85.				
86.				
87.				
88.				
89.				
90.				
91.				
92.				
93.				
94.				
95.				
96.				
97.				
98.				
99.				
100.				
101.				
102.				
103.				
104.				
105.				
106.				
107.				
108.				
109.				
110.				
111.				
112.				
113.				
114.				
115.				
116.				
117.				
118.				
119.				
120.				
121.				
122.				
123.				
124.				
125.				
126.				
127.				
128.				
129.				
130.				
131.				
132.				
133.				
134.				
135.				
136.				
137.				
138.				
139.				
140.				
141.				
142.				
143.				
144.				
145.				
146.				
147.				
148.				
149.				
150.				
151.				
152.				
153.				
154.				
155.				
156.				
157.				
158.				
159.				
160.				
161.				
162.				
163.				
164.				
165.				
166.				
167.				
168.				
169.				
170.				
171.				
172.				
173.				
174.				
175.				
176.				
177.				
178.				
179.				
180.				
181.				
182.				
183.				
184.				
185.				
186.				
187.				
188.				
189.				
190.				
191.				
192.				
193.				
194.				
195.				
196.				
197.				
198.				
199.				
200.				
201.				
202.				
203.				
204.				
205.				
206.				
207.				
208.				
209.				
210.				
211.				
212.				
213.				
214.				
215.				
216.				
217.				
218.				
219.				
220.				
221.				
222.				
223.				
224.				
225.				
226.				
227.				
228.				
229.				
230.				
231.				
232.				
233.				
234.				
235.				
236.				
237.				
238.				
239.				
240.				
241.				
242.				
243.				
244.				
245.				
246.				
247.				
248.				
249.				
250.				
251.				
252.				
253.				
254.				
255.				
256.				
257.				
258.				
259.				
260.				
261.				
262.				
263.				
264.				
265.				
266.				
267.				
268.				
269.				
270.				
271.				
272.				
273.				
274.				
275.				
276.				
277.				
278.				
279.				
280.				
281.				
282.				
283.				
284.				
285.				
286.				
287.				
288.				
289.				
290.				
291.				
292.				
293.				
294.				
295.				
296.				
297.				
298.				
299.				
300.				
301.				
302.				
303.				
304.				
305.				
306.				
307.				
308.				
309.				
310.				
311.				
312.				
313.				
314.				
315.				
316.				
317.				
318.				
319.				
320.				
321.				
322.				
323.				
324.				
325.				
326.				
327.				
328.				
329.				
330.				
331.				
332.				
333.				
334.				
335.				
336.				
337.				
338.				
339.				
340.				
341.				
342.				
343.				
344.				
345.				
346.				
347.				
348.				
349.				
350.				
351.				
352.				
353.				
354.				
355.				
356.				
357.				
358.				
359.				
360.				
361.				
362.				
363.				
364.				
365.				
366.				
367.				
368.				
369.				
370.				
371.				
372.				
373.				
374.				
375.				
376.				
377.				
378.				
379.				
380.				
381.				
382.				
383.				
384.				
385.				
386.				
387.				
388.				
389.				
390.				
391.				
392.				
393.				
394.				
395.				
396.				
397.				
398.				
399.				
400.				
401.				
402.				
403.				
404.				
405.				
406.				
407.				
408.				
409.				
410.				
411.				
412.				
413.				
414.				
415.				
416.				
417.				
418.				
419.				
420.				
421.				
422.				
423.				
424.				
425.				
426.				
427.				
428.				
429.				
430.				
431.				
432.				
433.				
434.				
435.				
436.				
437.				
438.				
439.				
440.				
441.				
442.				
443.				
444.				
445.				
446.				
447.				
448.				
449.				
450.				
451.				
452.				
453.				
454.				
455.				
456.				
457.				
458.				
459.				
460.				
461.				
462.				
463.				
464.				
465.				
466.				
467.				
468.				
469.				
470.				
471.				
472.				
473.				
474.				
475.				
476.				
477.				
478.				
479.				
480.				
481.				
482.				
483.				
484.				
485.				
486.				
487.				
488.				
489.				
490.				
491.				
492.				
493.				
494.				
495.				
496.				
497.				
498.				
499.				
500.				
501.				
502.				
503.				
504.				
505.				
506.				
507.				
508.				
509.				
510.				
511.				
512.				
513.				
514.				
515.				
516.				
517.				
518.				
519.				
520.				
521.				
522.				
523.				
524.				
525.				
526.				
527.				
528.				
529.				
530.				
531.				
532.				
533.				
534.				
535.				
536.				
537.				
538.				
539.				
540.				
541.				
542.				
543.				
544.				
545.				
546.				
547				

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
अन्य स्रोतों के द्वारा एक ही उद्देश्य से सहायता दिली जाने वाले से भिन्न क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED उसी स्रोत सहायता गवाई

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन का द्वारा दिया गया घोषणा प्राप्ति:

- 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 पापराज करता हूं कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार सच्च एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं उसमें प्राप्त जानकारी को अनुसार सच्च एवं सही नहीं होता है तो मेरी सहायता निरसन की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जानकारी दिये गये "कोशिका फाउंडेशन", से सीधे जा सकती है, उसका उपयोग उसके उद्देश्य को पूर्ण के लिये विवरण बोर्ड, जो इस प्रकाश में भी दिया गया है।
- 3) मैं पुराण करता हूं कि विवरण सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस तरीके से कोशिका या उसका इसका विवरण सहायता हेतु योग्य नहीं होता है और न तो अधिक न होता है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेशन का द्वारा दिया गया कारण)

- 1) 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.
- 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 का अपने हस्ताक्षर या अंगठे की जारी संरक्षण, मैं (अप्लिकेशन) अपने सहायता की पुराण करता हूं कि इस "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "कार्यक्रम" की अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पास, कांटे और यो विवरण इस प्रकाश में दिये गए हैं, जो "कोशिका" एवं न्यायी, दान, वास्तविक दूसरे उद्देश्य से युक्ती गतिविधियों और उद्देश्यों के लिये किसी भी प्रकाश या वास्तविक कारण के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण ऐसी इसका नहीं पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लिकेशन) इस कारण से सहायता हेतु दिये गए नाम, पास, कांटे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ता है पुराण होता है; सहायता का उद्देश्य नहीं करता। इस साथ में "कोशिका" एवं उसके न्यायिकों का निर्वाचित अधिकृत और वापरकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
अप्लिकेशन के हस्ताक्षर का अंगठे का चिनान

Nikita Rondom Gobinath

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर द्वारा कारण)

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.

इसमें अधिकृत, उसकारी को अंगठे से लाभार्थी/रेही को "कोशिका फाउंडेशन" से दिया गया सहायता की जाती है, जिसे इस (हस्ताक्षर) द्वारा प्रकाश ले गया एवं स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न हो कर्तव्य और न हो अधिकृत में विवरण सहायता दिया गया उसकी संख्या या विवरण अन्य संस्करण में उसका ऐसी/यादानंदी में सेवे का संख्या या लोगों की जाती है, जैसे कि इसमें "कोशिका फाउंडेशन" में विवरण/विवरणीय उत्तर को सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण आधिकृत/संकलन हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता दोनों का अधिकृत सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में स्वयं कारण या किसी अन्य संस्करण या विवरणीय अन्य साधन से नहीं संनिवेशी।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सीधे नहीं सहायता दोनों विवरण प्रदृढ़ित की जाती है। ऐसी गत उसकारत द्वारा या यह सहायता या विवरण द्वारा प्रकाश कर जानकारी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई धूमधारा या विवरणीय इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

अधिकृतीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंगोरण की तिथि <i>08/11/2A</i>	Dr. S. S. Das Director M.B.B.S (Gold Medalist) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) <i>कोशिका का नाम व हस्ताक्षर ५ अक्टूबर २०१८</i>	<i>OP-377-1723</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनावृत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

Safayal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

Lic B