

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.: K/0218/2153

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 14/4/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SWAPAN GHOSH

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

49

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUBAL GHOSH

पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

S B GHOSH ROAD MONDAL PARA, BARRACKPORE (M)
TALPURA, NORTH 24 BARGANAS 700123
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 2500 x 12 = 30,000/- (Attach Proof of Income)

कुल वार्षिक आय

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

हाँ / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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.	SWAPAN GHOSH	49	M	SELF
2.	SUBAL GHOSH	70	M	FATHER
3.	PRITYA GHOSH	42	F	WIFE
4.	SUBHANKAR GHOSH	18	M	SON
5.	SARASWATI GHOSH	16	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (R.E)
2.	SURGERY - RE (SUCCESSFUL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी 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: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी छात्रावृत्ति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सत्यापन दूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग उम्मीद के अनुसार ही दिये गये विवरण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस छात्रावृत्ति हेतु या भविष्य में कभी भी, इस राशि का आंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एम्ब्लम, चित्र, या अन्य माध्यमों द्वारा उद्घरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार संप्रसारण से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि छात्रावृत्ति के उद्घरण से प्रभावित है मुझे स्वतः छात्रावृत्ति का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्ब्लम इसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा/एंगेज की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय छात्रावृत्ति हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय छात्रावृत्ति किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त एंगेजमेंट के तहत या उसके बिना, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किए गए उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा छात्रावृत्ति निरस्त/अंशिक/पूर्णतः न मिलेगी तो हमें स्वतंत्रता मिलेगी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा प्रमुख ध्यान उक्त एंगेजमेंट हेतु किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि छात्रावृत्ति के तहत मिलेगी, उसे हम (हस्पताल) द्वारा ही प्रदान किया जाएगा और इसका उपयोग उक्त एंगेजमेंट के तहत ही किया जाएगा और इसका उपयोग किसी भी अन्य उद्देश्य के लिए नहीं किया जाएगा। इसीलिए हस्पताल में एंगेज के इलाज सुरक्षित और अपने जाने की सही विनियमों के तहत ही होगा और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का विनियमन इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का चिह्न लगाएँ)		ACCEPTANCE समर्थन	REJECTION समर्थन
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. K. Ghosh MBBS, DNB, FRCS Reg. No. 50971 Sundar Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 Director Sundar Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED असमर्थन		