

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: 410518/0304
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 09.05.18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: SUDHIR GAIN
आवेदक का नामAGE-YEARS 58
SEX MFATHER'S/SPOUSE'S NAME: BRINDABAN GAIN
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

GAIIPARA NYAJAT 2 NO SANDESHKHALI,
NORTH 24 PARGANAS, 743992, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION: LABOURER
व्यवसायTOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1800 X 12 = 21,600/-
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट छाता संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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	SUDHIR GAIN	58	M	SELF
2	GAIPALA GAIN	50	F	WIFE
3	CHAGIRAJ GAIN	26	M	SON
4	PARTOSH GAIN	24	M	SON
5	GOORANGA GAIN	21	M	SON

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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 AVAILED सी गई सहायता राशि

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.

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.

2) श्री हनु जो सदाशिव उर्फ "श्रीशिव प्रसादाचार्य" से भी जो रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में था। यहाँ है।

3) मैं कुछ कहता हूँ कि जिस साक्ष्य से यह प्रमाण को पता है, उस पक्ष का अधिक या सबल हिस्सा किसी अन्य प्रोनिशियल/सोम कम्पनी से न हो गया है और न ही पक्षिय में हुआ।

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/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 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 पर अपने उत्तरावर का संक्षेप की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्क) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फायंडेशन और उसकी ग्यासीयों" को अधिभुक्त करता हूँ कि वेरा नान, चार, जोसे और के विचार इस प्रश्न में संघित हैं, उसे "कोशिका" एम्प ग्यासी, दार, बाबराबा दूमो उरदस से मुझे पेशिधिधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार वाचना से इनामि करने के लिए अधिभुक्त है। ये प्रश्न का विचार मेरे उत्तर के पहले के बार से करने के लिए "कोशिका फायंडेशन" व ग्यासी अधिभुक्त है।

2) मैं (आवेक) इस बात से सहमत हूँ कि पेट नाम, पाठ, चोटों और विचारों जो कि सामान्य को उत्प्रेरकों से प्रेरित है मुझे स्वतः सहमत का हकार नहीं करता। इस सम्बंध में "बोडिस्म" नामक इसको व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक से इच्छाएं या आंगुली का निशान



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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकतर, इतालवी की ओर से सफल/रंगी की "कोशिका पाठ्यक्रम" से विशेष साक्षात् हेतु विचारित की जाती है, जिसे इन (इतालवी) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो चॉलम और न ही पवित्र में विधि सहायता किसी रैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य स्तोत्र से उक्त ऐतिहासिकों में होने या हो गई है, यों कि इनके "कॉलिका पायन्डेशन" से सिविलीज/विधि उक्त के समर्थ में "कॉलिका पायन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलिका पायन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/समर्थ हेतु मदद की किता जाता है तो अस्पताल किसी अन्य रैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विधि मद उक्त ऐतिहासिकों हेतु किसी रैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य समर्थन से नहीं सोच/लेगी।

2. "कॉलिका काउन्टी" से जो वह सहायता केवल मिलित प्रकृति की है। ऐसी या सम्पत्ति द्वारा ही वह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुआंजा लेने एवं सम्पत्ति के बीच का विवाद है और "कॉलिका काउन्टी" द्वारा किसी प्रकार का कोई पथन नहीं है। इसलिए सम्पत्ति में ऐसी के द्वारा मुआंजा और अपने जाने की गारी विधेयों ऐसी एवं सम्पत्ति की होती और "कॉलिका" को कोई भुजिका या विधेयों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)

ACCEPTANCE
मन्त्र

REJECTION
समन्वय

अभिमान की लड़ाई

09/05/18

Dr. Arundhan Datta
MBBS, DCO, FRCS
Regn. No. - 54095
Board of Postgraduate & Research Courses
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाका व छिद्र नं.

Sanjay
Sanjay Bagchi
Director
Sri Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
राम व. पद. हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती इरावत १

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
संश्लेषित

REJECTED
रुपयन्त्र

by

प्राप्तो हस्ताक्षर 2