

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0518/0308

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09.05.18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MANGALA GHOSH

AGE-YEARS जन्म-वर्ष

82

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

PRABHAS GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BEDHA BALLABHUPUR, PATUL, HOOGHLY,
712406, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाते संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगाएं)

Yes / No

हां / 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	MANGALA GHOSH	82	F	SELF
2	PURNACHANDRA GHOSH	54	M	SON
3	PABURA GHOSH	55	M	SON
4	REBA GHOSH	50	F	DAUGHTER
5	NIBHA GHOSH	49	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि 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 दिये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोच्च को नैतिकता

- 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 कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कबल असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता एत "कौशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना कर रहा हूँ, उस एतित का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ली गिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (ARISEB 200 4870)

- 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 to 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 हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रविष्ट है, उसे "कोशिका" चरम न्यासी, दान, सहायतापत्र द्वारा उद्देश्य से कुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार संप्रसारण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रविष्ट है कुले सहा: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" चरम न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षा के हानि या अंग्रेजी का विषय



AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 100-100)

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.

हमारे अधिकार, इच्छाओं की ओर से मर्यादितों को "कोशिका कागजों" से विधिवर सहायक हेतु सिद्धता की जाती है, जिसे हम (हमसबान) निम्न प्रकाश से अन्य व सीमाएं करते हैं।

- 1) यह कि न तो संघर्ष और न ही अधिपत्य में विविध साक्ष्य किन्ती नैर साक्षरी संभव या किन्ती अन्य कही से उक्त ऐतिहासिकता में होने या न होने है, जैसा कि हमने "कोशिका पायन्टेशन" से सिद्धीकरणविधि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका पायन्टेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोशिका पायन्टेशन" द्वारा साक्ष्य किन्ती अधिपत्यकता हेतु गणना नहीं किया जात है तो अन्ततः किन्ती अन्य नैर साक्षरी संभव या किन्ती अन्य सम्मानन से साक्ष्य होने का अधिपत्य सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अन्ततः द्वितीय गहर उक्त ऐतिहासिकता हेतु किन्ती नैर साक्षरी संभव या किन्ती अन्य साधन से नहीं लेनालेगी।
2. "कोशिका पायन्टेशन" से ही यह साक्ष्य कहां विविध प्रकृति की है। ऐसी या अन्ततः द्वारा ही यह साक्ष्य या किन्ती गने अन्ततःप्रक्रिया का पुराना ऐतिहासिकता अन्ततः के बीच का विषय है जो "कोशिका पायन्टेशन" द्वारा किन्ती प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये अन्ततः में ऐसी के अन्ततः प्रकृति और गने गने की नहीं विनिर्देशी ऐतिहासिकता अन्ततः की होती और "कोशिका" को कोई प्रकृति या विनिर्देशी इस प्रकार में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE सम्बु	REJECTION सम्बु
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/05/18	 Dr. Arindam Deb M.B.B.S., D.O., FRCS Reg. No. -58090 Sankar Eye Foundation & Research Center (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इम्प्रेस व रजि. नं.	 Shri. K. K. Bagchi Director Sankar Eye Foundation & Research Center (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इम्प्रेस ऑथराइज्ड अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED सन्तुष्टि	REJECTED समन्वय	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
			