

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 10512/0321
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 10.05.18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SUPARNA GHOSH
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 58
वर्ष-वर्ष

SEX F
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOPAL CHANDRA GHOSH
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: NUKHERJEE PARA, MADRAL, BHATPARA, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: SAME AS ABOVE
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. [Blank]
समाप्त संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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	SUPARNA GHOSH	58	F	SELF
2	GOPAL CHANDRA GHOSH	65	M	HUSBAND
3	ANUSHTUP GHOSH	35	M	SON
4	ANM GHOSH	32	M	SON
5	ASIMA GHOSH	30	F	DAUGHTER

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

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 RE
2	SURGERY- RE (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1		
2		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथ सहाय्य गलत या झूठी साबित निकलती है तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहाय्य यहाँ "बोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पदांकित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहाय्य हेतु वह प्रत्येक को नहीं हूँ, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है 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 to 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को चपकाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "बोशिका फाउन्डेशन और इसके भ्राताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उन्हें "बोशिका" एवं भ्राताओं, दान, सहाय्यता प्राप्त करने के लिये प्रचारित करने के लिये किसी भी प्रकार उपयोग से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरी द्वारा जो सहाय्य मेरी इच्छा के चलते या मेरे करने के लिये "बोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, उनसे स्वतः सहाय्य का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "बोशिका" एवं इसके भ्राताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की 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 सहाय्य/रोगी को "बोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, बल्कि हमने "बोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य वित्तीय अधिकृत/अस्वीकृत हेतु पत्र प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय पत्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "बोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहाय्य या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और अन्य बातों की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "बोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

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

ACCEPTANCE
सम्मत

REJECTION
नसम्मत

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10.05.18

Dr. Arundam Deb
MD, FRCS
Reg. No. - 58090
Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED नसम्मत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 भ्राता हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भ्राता हस्ताक्षर 2