

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: ५/०५१२/०३५५

APPLICATION DATE: 19/5/18

NAME of APPLICANT: GANESH BARMAN

AGE-YEARS 60

SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ANANDIMOHAN BARMAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

36 B, RANT HARSHA MUKHT ROAD, COSEIPUR, KOLKATA 700002, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सवाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: FARMER

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 20000 x 12 = 24,000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	GANESH BARMAN	60	M	SELF
2.	SANTANU BARMAN	31	M	Son
3.	ADIT BARMAN	28	M	Son
4.	SURAJIT BARMAN	26	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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) उपभोक्तृ कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कबे विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Thrombocytopenic - Thrombocytopenic PE
2.	Surgery - Re (Surgery)

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.

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 बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इससे यहाँ पर सहायता "कौशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ। इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।

3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि भविष्य में मैं इस सहायता के लिए या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.

1) इस प्रश्न का अपने इलाका या अंग्रेजी की भाषा लानेकर, मैं (आपसेक) अपने सचिवों की मुद्रा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोच" को अधिकृत करता हूँ कि मैं नए, पत्र, फोटो और जो विभाग इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कोशिका" एम्प न्यायी, राज, साधनधन दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये बिना भी प्रसार गणन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विभाग मेरे इलाके के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

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 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.

इससे अधिकतर, ब्राह्मणों की ओर से सामाजिकी की "कोशिका प्रान्थेन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसारा) विभिन्न प्रकार से यन्त्र व मशीन कहते हैं।

[illegible]

2. "बोशिका काउन्टेराज" से तो यह साफ़ा होता दिखित प्रकृति की है। ऐसी या हमारा द्वारा दी गई साफ़ या बिने गये उपचारप्रक्रिया का पुनः ऐसी एवं हमारा से ही का निषेध है और "बोशिका काउन्टेराज" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसीलिए हमारा में ऐसी से इतना सुरक्ष और जाने जाने की सही विधेदरी ऐसी एवं हमारा की होती और "बोशिका" की कोई भविष्य या विधेदरी इस मामले में नहीं होती।

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

ACCEPTANCE

REJECTION

Date of Surgery

$$14 \overline{) 518}$$

Dr. Alok Agrawal
MBBS, MS, PAD (Eye) FMRF, FSNEC
Reg. No. 34788
Sri Sri Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ज्ञानरिक्त उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इन्द्रधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
व्याप्ती हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
३३३

REJECTED
समन्वय

12/20

ज्यासे इलाका 2