

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: ५१०७१८/०६२२
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: ०२/०३/१८
आवेदन मिति:

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम: DEEPA LI GHOSH

AGE-YEARS: ६५-वर्ष
आयु-वर्ष
SEX: F
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम: R. C. GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: काँपन अधारीय पता
४/१/DEEPI GHOSH, WEST BENGAL, KOLKATA,
७०००१४, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अधारीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:
प्रारब्धी

HOME MAKER

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का साथ संतान)

PAN No.: स्थायी संखा संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप जाप कर रहे हैं? (जो मात्र ही डम पर सही का विश्वास लगायें)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS - परिवार विवर

Sr. No. अप्र संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
१.	DEEPA LI GHOSH	65	F	DAUGHTER
	SIMA GHOSH	40	F	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनाश उपर्युक्त

BPL Card (Attach Card Copy) गर्भीय रेखा के लिए प्राप्त पता (प्रमाण पत्र की साथ भरी संतान की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आवास लाभ की प्राप्ति पता (प्रमाण पत्र की साथ भरी संतान की)	Ration Card (Attach Copy) उपचारकारी कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ भरी संतान की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:

Sr. No. अप्र संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मर्मांडलीयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
१.	DIAGNOSIS - CATARACT (L.E.)
२.	SURGERY - L.E. (Cataract)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता विनी अथवा स्थोत्र से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा प्रोत्तरा करा।

- 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 आवेदक हूँ जिसे इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण ऐसे बहावली के अनुरूप रूप से होते हैं। यदि कोई विवरण इस फॉर्म में दिये गये बहावली की तरफ से असमिक्ष होता है तो मैं आवेदक नियम की तरफ से बहावली के अनुरूप रूप से होती है।
- 2) मैं इस जैसे सहायता की "कोशिका चालान्डर", में भी यह होता है, उसका उपयोग उसे उत्तीर्ण की तरीफ में दिये गये विवरण, जो इस फॉर्म में भी यह होता है।
- 3) मैं युट्टी करता हूँ कि यह सहायता हुआ यह प्रबंधन को नहीं है, जब तक कि आवेदक का आवाहन यह सहायता नियम के अनुरूप रूप से होती है तो वह आवेदक के अनुरूप होती है।

AGREEMENT by APPLICANT: आवेदक द्वारा कराया।

- 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 donation 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर मैंने सहायता का अनुरूप रूप से "कोशिका चालान्डर" की अनुरूप करता हूँ कि "कोशिका चालान्डर" को आवेदक द्वारा दिया गया वाला अनुरूप रूप से भी नहीं होता है, उसे "कोशिका" एवं नाम, दर, वर्षांचाप एवं उत्तीर्ण से अनुरूप रूप से अनुरूप रूप से भी नहीं होता है। यह फॉर्म का विवरण में इसका बहावली के अनुरूप रूप से भी नहीं होता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मैंने नाम, दर, वर्षांचाप और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से अनुरूप है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा करनी चाहता हूँ मैंने यहां में "कोशिका" एवं उसके नामित्व का विवरण भी दिया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हाथसे यह अनुरूप का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पित द्वारा कराया)

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.

इसकी अधिकृत, इसकी अनुरूप रूप से याचारों-पर्याप्त को "कोशिका चालान्डर" से दिये गये सहायता के अनुरूप रूप से अनुरूप रूप से होती है, जिसे हां (हास्पित) द्वारा सहायता करते हैं।

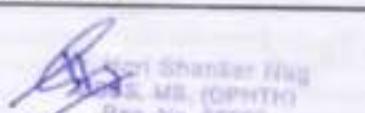
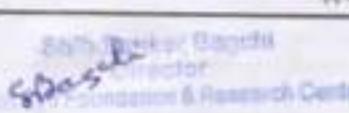
- 1) यह कि न ही कोई और न ही भी विवरण में दिये गये सहायता की विवरण भी आवाहनी संभवतया या जिसी आवाहनी से उसका उपयोग करते हैं तो उसे यह होता है, यहौं दिये गये "कोशिका चालान्डर" से दिये गये विवरण भी इसके अनुरूप रूप से होता है। यह "कोशिका चालान्डर" द्वारा सहायता की विवरण भी आवाहनी संभवतया या जिसी आवाहनी संभवतया या उपयोग करते हैं। यह युट्टी के अनुरूप रूप से होता है।

- 2) "कोशिका चालान्डर" से भी यह गई सहायता को किसी प्रकृति भी है। यहीं पर इसका द्वारा यह गई सहायता को किसी उपयोग के अनुरूप रूप से होता है और "कोशिका चालान्डर" द्वारा दिये गये उपयोग के अनुरूप रूप से होता है। इसकी दिये गये उपयोग के अनुरूप रूप से होता है। यह युट्टी के अनुरूप रूप से होता है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable):
संस्कृति (स्वीकृत/निरस्त का विवरण लगायें)

ACCEPTANCE
नमूना

REJECTION
नमूना

Date of Surgery अंतिम दो दिनों की तारीख 02/08/18	 Dr. Shantilal Nag M.B.B.S., M.R.C.O.G. Reg. No.-43000 Koshika Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) इच्छा का नाम व हास्पित का नाम	 Dr. S. B. Bhatia Director Koshika Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर काम का नाम अधिकारी की तारीख
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION नामांकित उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर ।

SANCTIONED
नमूना

REJECTED
नमूना