

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवक)



APPLICATION NO.: K 110218 / 1091

APPLICATION DATE: 3/12/18

NAME OF APPLICANT:
ग्राहक का नाम: NEPAL CHANDRA GHOSH

AGE-YEARS वय-वर्ष: 67
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पितृ/स्त्री का नाम: PRAHATH NATH GHOSH



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास स्थान का नाम:

RAYPUR CHAKLA, DIGHINGA, NORTH 24
PRABNAHS, 741424, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वास स्थान का नाम:

— P.S. RAYPUR —

OCCUPATION:
पेशी: UNEMPLOYED.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक वात्सल्य:

NIL

(Attach Proof of Income)
(वात्सल्य का संपर्क प्रमाण)

PAN No.: एपीएन नंबर:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
क्या आप इनका वात्सल्य है? (वात्सल्य को उत्तर प्रदान करने का विलम्ब नहीं)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरीबी विवरण

Sl. No. घरीबी नंबर	Name of Family Member घरीबी के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant घरीबी के लिए विवरण
1.	NEPAL CHANDRA GHOSH	67	M	SPOUSE - स्त्री -
2.	SHOBHANA GHOSH	56	F	WIFE - स्त्री -
3.	UMAL GHOSH	22	M	SON - पुत्र -
4.	SUNNY GHOSH	21	M	SON - पुत्र -
5.	PRAHUN GHOSH	64	M	SON - पुत्र -

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवेदन के लिए विवरण

BPL Card (Attach Card Copy) एपीएल कार्ड की प्राप्ति पात्र (उपलब्ध वात्सल्य की संपत्ति की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसएस कार्ड प्राप्ति पात्र (उपलब्ध वात्सल्य की संपत्ति की)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (उपलब्ध वात्सल्य की संपत्ति की)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड संपत्ति
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
आवेदन हेतु विवरण वात्सल्य का उद्देश्य:

Sl. No. घरीबी नंबर	Medical Reports/Prescriptions Attached घरीबी के लिए जो चिकित्सा वात्सल्य में लिखा गया है
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-RE
2.	SURGERY, Re (Surgery Fee)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए किसी अन्य स्रोत से वात्सल्य की सहायता की गई है?

Sl. No. घरीबी नंबर	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED हाँ वात्सल्य की

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेंट द्वारा:

- 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.
- 4) मैं निश्चय करता हूँ कि मेरी यह सभी जानकारी में सच्चाया था कि मैं इस निष्पात्र का उपयोग करना चाहता हूँ कि मैं इस निष्पात्र का उपयोग करना चाहता हूँ।
- 5) मैं इस निष्पात्र को "कोशिका प्रदानकर्ता", या ऐसी तरीके से जानकारी की तुलना में भी निष्पात्र का उपयोग करना, या इस जानकारी के बाहर का उपयोग करना चाहता हूँ।
- 6) मैं यह निष्पात्र के लिए उपयोग करने का अनुमति देता हूँ, जब भी कोशिका प्रदानकर्ता ने मेरे लिए कि मैं इस के लिए उपयोग करना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेंट द्वारा)

- 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/print/upload/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 its 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 thus regard will be final and acceptable to me.
- 3) यह यहाँ दर्शाये गए अंकों की तरह संक्षेप, ये (अप्लिकेंट) आवासीय सम्बन्धीय की युक्ति काम के लिए "कोशिका प्रदानकर्ता का उपयोग करना" को निश्चय करता है यहाँ दर्शाये गए, जोड़ी और दूसरे दृष्टिकोणों में निष्पात्र की जानकारी की उपलब्धता का नियम अनिवार्य है। ये यहाँ दर्शाये गए जानकारी की उपलब्धता के बाहर का उपयोग के लिए यहाँ दर्शाये गए "कोशिका प्रदानकर्ता" का नियम अनिवार्य है।
- 4) मेरे (अप्लिकेंट) यह काम के लिए यहाँ दर्शाये गए, जोड़ी और दूसरे दृष्टिकोणों में निष्पात्र की उपलब्धता के बाहर का उपयोग के लिए "कोशिका प्रदानकर्ता" का नियम अनिवार्य है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

जोड़ी और दूसरे दृष्टिकोणों का नियम



AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पिटल द्वारा)

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.

इस अधिकारी, जोड़ी और दूसरे दृष्टिकोणों को "कोशिका प्रदानकर्ता" के लिए समर्पित हुए नियमों को बताती है, जोड़ी काम के लिए यहाँ दर्शाये गए हैं।

1) यह नियम जोड़ी और दूसरे दृष्टिकोणों में निष्पात्र का उपयोग करने की उपलब्धता के लिए यहाँ दर्शाये गए है, यहाँ दर्शाये गए "कोशिका प्रदानकर्ता" के नियमोंसे अन्तर्विचारित रूप से समान में "कोशिका प्रदानकर्ता" का यहाँ दर्शाये गए "कोशिका प्रदानकर्ता" का यहाँ दर्शाये गए नियमोंसे अन्तर्विचारित रूप से समान है। यहाँ दर्शाये गए "कोशिका प्रदानकर्ता" का यहाँ दर्शाये गए नियमोंसे अन्तर्विचारित रूप से समान है। यहाँ दर्शाये गए "कोशिका प्रदानकर्ता" का यहाँ दर्शाये गए नियमोंसे अन्तर्विचारित रूप से समान है।

2. "कोशिका प्रदानकर्ता" के लिए यहाँ दर्शाये गए नियमोंसे अन्तर्विचारित रूप से समान है। यहाँ दर्शाये गए नियमोंसे अन्तर्विचारित रूप से समान है। यहाँ दर्शाये गए "कोशिका प्रदानकर्ता" का यहाँ दर्शाये गए नियमोंसे अन्तर्विचारित रूप से समान है। यहाँ दर्शाये गए "कोशिका प्रदानकर्ता" का यहाँ दर्शाये गए नियमोंसे अन्तर्विचारित रूप से समान है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संस्थानीय के लिए संस्थानीय**

Date of Surgery अंतिम दिन <i>03/12/2018</i>	<i>Ab</i> Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) <i>Kochi Centre</i> कोचि काम के संस्थान के लिए न.	<i>Sankar Bagchi</i> Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) कोचि काम के संस्थान अधिकारी की विवरण
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोध उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नियमीय उपायकारी 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नियमीय उपायकारी 2