

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2350
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 08/01/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: GANESH DAS
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 49
SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHAMBHU DAS
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

PART NO-24, LERAPUR DEFENCE EST
NORTH-24 DARGAHAS WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: CONTRACT LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1800 x 12 = 21600/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. [Blank]

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.	GANESH DAS	49	M	SELF
2.	KCET DAS	42	F	WIFE
3.	MUMUKSHU DAS	21	M	SON
4.	SONIKA DAS	19	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.
2.	SURGERY - RE (SICL-10L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या 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: **ਅਮਰਿੰਦਰ ਸਿੰਘ ਅੰਮ੍ਰਿਤਸਰੀ**

- 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 strided 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे आशा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी सहायता करेगी, जो कि केवल मेरे द्वारा प्रार्थना की गई उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस प्रार्थना से पहले या इस प्रार्थना के बाद, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे की मदद नहीं करूँगा और न ही किसी और व्यक्ति को मदद करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to WFO)

- 2) 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-upreproduce 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 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 enable 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 अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे बिबरन इस प्रश्न में ब्यौता है, इसे "कोशिका" एलएन न्यासी, दान, सावक/का एलएन उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने में सक्षम अधिकृत है। मेरे प्रश्न का बिबरन मेरी हस्ताक्षर के पक्षों का रूप से करने में सक्षम "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बिबरन को कि सहायता को उद्देश्य में प्रविष्टि है मुझे स्पष्ट: सहायता का उपकरण नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एलएन उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और आगमकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अमेरिका में इस्तेमाल का अंग्रेजी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (बिना डॉक्टर के)

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 इस्लामी की ओर से पायलेटों की "कोशिका फाटनेशन" से विभिन्न सहायता हेतु निवारित की जाती है, जिसे इन (इस्लामी) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐंटी-पब्लिश में लेने या ले खंड है, जैसे कि इनमें "बॉलिका पायटेंटेशन" से शिक्षाविधि/विधि उक्त को सम्बंध में "बॉलिका पायटेंटेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "बॉलिका पायटेंटेशन" द्वारा सहायता विधि अधिनियम/सहायता हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वितीय गहरा उक्त ऐंटी-पब्लिश हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेती।
2. "बॉलिका पायटेंटेशन" से लेते हैं सहायता संस्था विधि प्रकृति की है। ऐंटी या सहायता द्वारा लेते हैं सहायता या बिना लेने उपचार/प्रक्रिया का सुपुन ऐंटी एवं सहायता को योग्य का विधान है और "बॉलिका पायटेंटेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दण्ड नहीं है। इसलिये सहायता में ऐंटी को इतना सुरक्षा और ज्ञान ज्ञान की सारी जिम्मेदारी ऐंटी एवं सहायता को होती और "बॉलिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इन्वीक्यूरी के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08-01-2019	Dr. Arghya Das MBBS, MS Reg. No. - 69372 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp of Designated Research Centre)	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) यम नगर इन्सुलिन अभियान अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય હરભાઈ ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય હરભાઈ ૨
	