

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल))		
APPLICATION No.: K/0119/2453 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 11.04.2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: SABITA RANGI आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 57 वर्ष	SEX: F लिंग	
FATHER/SPOUSE'S NAME: POEL MONDAL पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: चौमन आवासीय प्लॉट CHAUWANGA, DHABA, SOUTH 24 PARGANAS 700 105 WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वहाँ आवासीय प्लॉट — AS ABOVE —				
OCCUPATION: CONTRACT LABOURER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS- 1400 X 12 = 16,800/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. वहाँ खाली छोड़ें				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):				
Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SABITA RANGI	57	F	SELF
2.	SANJIV RANGI	34	M	SON
3.	CHITRAJIT RANGI	31	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये निशानों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DEGENERATES CATARACT LE			
2.	SURGERY-LE (STES + IOL)			
ASSISTANCE BEING AWAIED 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 AWAIED लेई गई सहायता राशि	



DECLARATION by APPLICANT: **अवेक द्वा भवेन पः**

- 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 कतार हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अलग सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता एतः "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में चयनित है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भुगतान करूँगा, न ही भुगतान कर सकूँगा, न ही भुगतान कर सकूँगा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ही भुगतान कर सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिज्ञातकृत)

- 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/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 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न का उत्तर इसप्रकार या अंशों की रूप से देकर, मैं (आवेदक) अपनी समझ की पूर्ण जानकारी दे रहा हूँ कि "बोलिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अधिकृत नहीं है कि वेद पत्र, पत्र, चोटों और जो विवरण इस प्रश्न में बोलिका है, उसे "बोलिका" दण्ड ग्राहकों, दण्ड, बाधकता या अन्य उद्देश्यों से मुझे लक्षित करने और दण्डित करने के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस प्रश्न का विवरण यही इसका है जहाँ या जहाँ मैं करने के लिए "बोलिका फाउंडेशन" या ग्राहकों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद पत्र, पत्र, चोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रमाणित हैं मुझे नहीं मालूम। सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "बोलिका" दण्ड ग्राहकों ग्राहकों का निर्णय अधिक और बाधकताओं होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अनेकाल से इलाहाबाद का संगीत का विचार



AGREEMENT by HOSPITAL (N/A) (N/A) (N/A)

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, इसकाफ़ी की ओर से समर्थन/रोष की "कोशिश" चलायेगी। वे विभिन्न राजनीति से निरपेक्ष हैं, जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकार से समझ सकते हैं।

1. यह कि न तो कॉलेज और न ही कॉलेज में शिक्षण सहायक किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य एजेंसी से उच्च टैलेंट/पayscale में लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि इनमें "कॉलेज फ़ायनैंस" से लिबरल/विशेष उच्च को स्तर में "कॉलेज फ़ायनैंस" द्वारा गहरा है कि है। यदि "कॉलेज फ़ायनैंस" द्वारा सहायक किसी अधिका/सहायक हेतु पत्रों नहीं किया जाता है तो सहायक किसी अन्य भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायक द्वितीय ग्रेड उच्च टैलेंट/पayscale हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य एजेंसी से नहीं लेता/लेती।
2. "कॉलेज फ़ायनैंस" से लेती एवं सहायक केवल विशेष प्रवृत्ति की है। लेने या इस्तेमाल द्वारा दो एवं सहायक या बिने एवं उपसहायक/प्रतिभा का मुख्य टैलेंट एवं इस्तेमाल को लेने का विषय है और "कॉलेज फ़ायनैंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्ता नहीं है। इसीसे इस्तेमाल में लेने को इलाज सुझा और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी लेने एवं इस्तेमाल को लेने और "कॉलेज" को कोई भुवि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सभीकुली के लिए संरक्षण

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11.01.2019	Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DNB, FRCS (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) Dr. K. Ghosh Control Eye	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसकात अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इम्तखार 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इम्तखार 2 	