

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2468
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 12-01-2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: DEBASHISH RAY
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 65 वर्ष
SEX 111
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LAKSHIPADA RAY
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SHYAMBARUP GHAAT, CHINA SURAH, HOOGHLY,
71201, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— HS ABOVE —



OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. रणार्ड नंका संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर ढाडी का निशान लगायें)

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.	DEBASHISH RAY	65	M	SELF
2.	MATA RAY	52	F	WIFE
3.	SHYAMBARUP RAY	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्न विकल्प

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किन्ने गये निम्न का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: अर्हता प्राप्त होईना

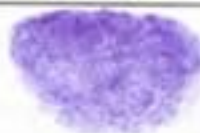
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kaushika Foundation, will be used only for 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कीटिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने लिये करूँगा, जो इस प्रश्न में गहरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या प्रत्यक्ष की नहीं है, उस यदि का अर्थिक या सहायता विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (where appropriate)

- 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-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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- (1) इस प्रश्न या अपने इच्छा या जॉइंट की रूप लक्षण, मैं (आवेदक) अपनी छावनी को मुद्रित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोर्षों" को अधिकृत करता हूँ कि वेरा नाम, पता, फोटो और के विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह न्यायो, दान, प्रायोजन द्वारा उद्देश्य से मुद्रित प्रतिनिधियों और उपलब्धियों के तिरने किसी भी प्रकार सम्भव से प्रकाश करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण यी इच्छा के चले या कर ने करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्पष्टः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसकी न्यायोर्षों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपेदक से इलाक़ा या अंगुली का निदान



AGREEMENT by HOSPITAL (WORTH THE RISK)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकतर, इलाहाबादी की ओर से चालकलेखी की "बोशिया फायरब्रेकर" से विविध सहायता हेतु विचारविमर्श की जाती है, जिसे इन (इलाहाबादी) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य मानते हैं।

1. यह कि पं. जे. सी. वरियन और पं. डी. सी. वरियन ने मिलकर साक्षात्कार किया कि सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से उनका लेखापालता में लेने या ले जाने है, वेही कि इनने "कोलिका फाउंडेशन" के निम्नलिखित/विविध उक्त के सम्मन में "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा गहर हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा साक्षात्कार विधि अतिरिक्त/अन्य हेतु भंगु या कि याता है तो अस्पताल किसी अन्य कि सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से साक्षात्कार लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय गहर उक्त लेखापालता में हेतु किसी कि सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।
2. "कोलिका फाउंडेशन" के लेखी एवं साक्षात्कार लेखन विधि प्रकृति की है। लेखी या अस्पताल द्वारा लेखी एवं साक्षात्कार या किने गये उपसाधन/क्रिया का भुगतान लेखी एवं अस्पताल को लेखन का विवर है और "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उक्त का कोई भुगतान नहीं है। इसीसे अस्पताल में लेखी के अलग भुगतान और अपने अपने की खाती विन्नेटरी लेखी एवं अस्पताल को लेखी और "कोलिका" को कोई भुक्ति या विन्नेटरी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अग्नीष्मती के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2-01-2019	Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DNB, FRCO Reg. No. -5097 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका का पंजीयन नं.	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इरावत ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इरावत 2
	