

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0119/2512
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 13.01.2023
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: GANESH BAURI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 60
आयु-वर्ष

SEX: M
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BHIM BAURI
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान निवास पता

HARIDAS, RAMKATYALI, NETURIA, PURULYA
723344, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: CONTRACT LABOURER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1500 X 12 = 18,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 BAURI	60	M	SELF
2.	UMA BAURI	48	F	WIFE
3.	BASUDEB BAURI	26	M	SON
4.	PRATIMA BAURI	23	F	DAUGHTER
5.	LAKSHMI BAURI	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 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने विधि का उद्देश्य:

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

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 राशि

DECLARATION by APPLICANT: जावेद अली शेख

- 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 कहता हूँ कि इस प्रत्युपकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता प्रदान की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गम्भीरतापूर्वक "अतिरिक्त प्रमाणित" करता हूँ कि, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्युपकरण में वर्णित है।
- 3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि मैं इस सहायता से या अन्य स्रोतों से, इस प्रत्युपकरण के लिये प्राप्त की गई राशि का किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से या तो लिये है और या तो लिये नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (where not void)

- 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-up/produce 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब इसकाया या जेठे की जगह लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छाप की मुद्रि बनाऊँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दूर, आचरण एवं उद्देश्य से जुड़ी विविधियों और उपलब्धियों को लिखे बिना भी इसका सामान्य से प्रशंसा करने में लिख अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विषय मेरे इलाके के पत्रों या कार में करने में लिख "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि इसकाया को उद्देश्य से प्रशंसा है मुझे सहा: इसकाया का इकाया नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

Journal of Management Education 36(7) 809-821



AGREEMENT by HOSPITAL (NATION AND WORK)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (we/they) 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.

हमारे अधिकार, हमारा धर्म को तोड़ने से हमारे/होने को "कोशिका पराजय" से विनिवृत्त करना ही अधिकारी की ज़रूरत है, किसे हम (हमारे) विनिवृत्त करने से मान्य व अधिकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो अधिका और न ही अधिका में विभिन्न सहायता किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐंटी-पावले में लेने या ले लेने है, जैसे कि इनमें "कोलिका पावले-डॉर" से निष्कासित/विनिर्मित उक्त को सहायता में "कोलिका पावले-डॉर" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोलिका पावले-डॉर" द्वारा सहायता विनिर्मित अधिका/सहायता हेतु गन्तु गयी किता जता है तो अगला किता अन्य भी साकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिका सुनिश्चित राखता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला विनिर्मित गहरा उक्त ऐंटी-पावले हेतु किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से गरी लेने/लेनी।
2. "कोलिका पावले-डॉर" में ले गयी सहायता कोलिका विनिर्मित धृति की है। ऐंटी या अगला द्वारा ले गयी सहायता या किसे गरी उक्त/अधिका का धुनक ऐंटी एवं अगला को बीच का विषय है और "कोलिका पावले-डॉर" द्वारा किसी उक्त का कोई सहायता नहीं है। इसीसे अगला में ऐंटी को इसका सुखा और गरी जाने को गरी विनिर्मित ऐंटी एवं अगला को ऐंटी और "कोलिका" को कोई धुनिका या विनिर्मित इस सहायता में गरी ऐंटी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकाराणि चो विदुः संभवति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14-01-2019	 Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व एच. नं.	 Dr. Ganesh Deyshi Director Kashi Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरीक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2
		