

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/0119/2619		APPLICATION DATE: 18/11/19			
NAME of APPLICANT: SUNIL GHOSH		AGE-YEARS: 63	SEX: M		
FATHER/SPOUSE'S NAME: SHAILENDRA GHOSH					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KRIHNA NAGAR, MANIKHAR, SOUTH, 21, POKHANA, MUMBAI, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AC AMBUE					
OCCUPATION: UNEMPLOYED				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL				(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)	
PAN No. XXXX XXXX				Yes / No	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				Yes / No	
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 संबंध	
1	SUNIL GHOSH	63	M	SELF	
2	SHILPA SHANMUKH GHOSH	27	F	WIFE	
3	MAHARAJ GHOSH	26	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 की)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2	SURGERY - LE (SCLEROTIC)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ:**

- 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 दूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में गारा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं किसी सहायक हेतु यह प्रत्येक की नहीं है, उस प्रति का आशिक या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोटीगिरी/पैरोन/पैरोन कंपनी से न तो लिया है और न ही लिये जा रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (above DO NOT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/republish 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 solidifying 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, सहायकता द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रतिबिम्बित और प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने में लिप्त अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के चलते या बाद में करने में लिप्त "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायकता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे उचित: सहायता का इश्तियाज नहीं बताना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षा के अनुसार वे अंशों का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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.

हमारे जीवनभर, हमारे ही को ओर से सम्बन्धित को "कोशिका" का अर्थ है। ये विभिन्न प्रकार के हैं, जिनमें हम (हमारे) निम्न प्रकार से सम्बन्धित करते हैं।

1. यह कि न तो सर्वजन और न ही सर्वजन में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य एजेंसी से उच्च टेंडर/भारतों में लेने या ले खंड है, जैसे कि इन "बोडिंग फायरिंग" के निर्धारित/विहित उच्च में समर्थन में "बोडिंग फायरिंग" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "बोडिंग फायरिंग" द्वारा सहायता किसी अधिकार/सहाय हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता विहित मरर उच्च टेंडर/भारतों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "बोडिंग फायरिंग" से ले गई सहायता केवल विहित प्रवृत्ति की है। लेने पर इसका/इसका दो या दो से अधिक या विभिन्न गत उपका/उपविध का प्रयोग लेने एवं इसका/इसके में योग का किया है और "बोडिंग फायरिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई दाय्य नहीं है। इसीलिए इसका/इसका में लेने के इसका सुरक्ष और जाने जाने की सारी निर्भरता लेने एवं इसका/इसके को लेने और "बोडिंग" को कोई अधिकार या निर्भरता इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संसदीय

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/04/19	Dr. Dhananjay Giri MSBS, MS Reg. No.-60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व एड्रेस	Dr. Shankar Bagchi Director Surgery & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्द्रका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्द्रका 2
	