

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		K/0110/2620		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि		18/01/19	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		MIRA GHOSH		AGE-YEARS आयु-वर्ष		56	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम		AMAR GHOSH		SEX लिंग		F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता				TENTULATA PURUSCHAM LANE-17, GODALPUR, RAIPUR NARIN 24 PAR BANAR 700131 WEST BENGAL.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता				- AS ABOVE -			
OCCUPATION: व्यवसाय		House wife.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		☒ MARRIED ☐ UNMARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		NIL		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)			
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 निशान लगाएं) Yes / No हाँ / 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.	MIRA GHOSH	56	F	SELF			
2.	AMAR GHOSH	58	M	HUSBAND			
3.	ABHINAV GHOSH	32	M	SON			
4.	ABHINAV GHOSH	19	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंति आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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 किसे गये विनंती का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न						
1.	Diagnosis- Cataract - LE						
2.	Surgery- Le (Scleroplasty)						
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 ही गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: **अर्थकः एतः चेतनः सः**

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अथवा अलग सत्य ज्ञात है तो मेरी सहमति निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं इस से अलग एक "कोशिका फाउन्डेशन", से ले जा रही हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं इस सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं हूँ, इस एप्लीकेशन या प्रकरण के अलावा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से लिया है और यही सही है।

AGREEMENT by APPLICANT (attach this form)

- 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (अर्थात्क) अपनी सख्ती को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में संक्षेप है, उसे "कोशिका" एन्स्यू न्यासीयें, रात, पाचनका दृष्टी उत्प्रेषण से जुड़ी यौगिकीयिणीय और उपलब्धिमें के लिये किसी से उद्घार सम्मान से प्रशंसित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का निवारण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्क) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटो और निवारण जो कि सहायता के उत्प्रेषण से प्राप्ति है कुछ स्वतः सहायता का हक्का नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन्स्यू उपलब्धिओं का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

અન્યથા એ કામગીરી નહીં ચાલે તો શરૂ કરવા પડે



AGREEMENT by HOSPITAL. (HOSPITAL USE ONLY)

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.

हवाई अड्डा, इलाहाबाद की ओर से गान्धी/लेडी को "कॉन्सिदा फायनलेशन" से मिलित सहायता हेतु निवेदन की जाती है, जिसे इन (इलाहाबाद) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:-

1. यह कि न तो सर्विस और न ही पोलिस में किसी सराफा किसी नैर सरकारी संगठन या किसी अन्य एजेंसी से उच्च लेवेल/पदों में लेने या ले लेने, जैसे कि इनमें "कोलिका फायर-रेस्क" लिफ्टिंग/विजिलि उच्च में सम्मिलित में "कोलिका फायर-रेस्क" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोलिका फायर-रेस्क" द्वारा सराफा किसी अधिकार/समल हेतु गन्तु नहीं किया जाता है तो सम्मिलित किसी अन्य नैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से सम्मिलित लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्मिलित द्वितीय गहर उच्च लेवेल/पदों हेतु किसी नैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोलिका फायर-रेस्क" से ले ले सम्मिलित कोलिक विजिलि प्रकृति की है। लेने या सम्मिलित द्वारा ले ले सम्मिलित या किने ले सम्मिलित/विजिलि का मुख्य लेने एवं सम्मिलित को लेने का विषय है और "कोलिका फायर-रेस्क" द्वारा किसी प्रकृति का कोई दस्ता नहीं है। इसलिये सम्मिलित में लेने को इलाक सुकल और जाने जाने की सारी विजिलेरी लेने एवं सम्मिलित की होगी और "कोलिका" की कोई अधिकार या विजिलेरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीडिश के लिए संस्थाएं

Date of Surgery अर्पण की तारीख 18/01/19	Dr. Dhananjay Giri MBBS, MS Reg. No. 60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं. Koshika Foundation & Research Centre	Dr. Sankar Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION सन्दर्भित उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इसका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इसका 2	
		