

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/0119/2098 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 21/01/19 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: BIYARANI GHOSH आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 72 आयु-वर्ष	SEX: F लिंग		
FATHER/SPOUSE'S NAME: HARENDRANATH GHOSH पिता/सहोदर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 74/1, SUKHA NILGANGA BAZAR, NORTH 24 PARGANAS, 741001, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: HOME MAKER					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL					
PAN No. (Attach Copy)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
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		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)	
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.	BIYARANI GHOSH	72	F	SELF	
2.	SUKHA GHOSH	47	F	DAUGHTER	
3.	DIPANKAR GHOSH	48	M	SON	
4.	SWARNAT GHOSH	42	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार					
SPL Card (Attach Card Copy) पटवारी रिकार्ड के साथ 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)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विवृति का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIABETOSIS - CONTINUED - RE				
	SURGERY - RE (SICUTOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ही गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पर:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्णतः सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस प्रति का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोडिगिबिलिटी/प्रायवसी से न ली गया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 its 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे वेब, पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में संलग्न हैं, उसे "कोशिका" दम्प, न्यासी, दान, वाचनालय एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में लिप्त अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण में प्रवेश या कर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वेब, पत्र, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं जुड़े प्रकरण: सहायता का इकाई नहीं बनाता। इस संदर्भ में "कोशिका" दम्प उसके न्यासी को निर्णय अधिकार और सम्पत्तिका होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से पायलेटरी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विनम्रता की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगाले में ली जा ले रही है, यद्यपि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विनम्रता/विनम्रता उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगाले हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं ले पाएंगे।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किने गये उपचार/उपकरण का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के प्रत्येक सुझाव और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/01/19

Dr. K. Ghosh
MBBS, D.O., DNB, FRCS
Reg. No.-50971

(Name of Dr. A Regd. No. with Stamp) Search Centre
हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Shib Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]