

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : K/0110/2719

APPLICATION DATE : 22/01/19

NAME of APPLICANT : ANANTA GHOSH

AGE-YEARS आयु-वर्ष 60

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KALIPADA GHOSH

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

16HATENTIA, NORTH 24 PARAGANAS 741015
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION : LABOURER

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs 18000/- = 21600/-

कुल वार्षिक आय

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

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

हां / नहीं

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 सम्बन्ध
1.	ANANTA GHOSH	60	M	SELF
2.	GITA GHOSH	51	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे 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 किये गये किसी 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 (STCS + LCL)

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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वय संकेतना 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 शपथ करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बयान नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर शपथ करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना से पूर्व या प्रार्थना के बाद भी, इस मदद का पूरा या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिज्ञापक द्वारा सहमति)

- 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 पर अपने इसकाया या अन्य कोई छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी साखी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्वासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय पर इस प्रश्न में जोखित है, उसे "कोशिका" एवम् त्वासीयों, घर, यावत्कय द्वां उद्देश्य से जुड़ी तीर्तीतिथि और उपलब्धि के तारे बिना भी उक्त सम्पत्ति से प्रशस्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विषय मेरे इसकाय के करने या कर से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व त्वासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय जो कि सहायता के उद्देश्य से जोखित है मुझे सहायता का इसकाया नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् त्वासीयों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

ARJUN KANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अंतरा में रहने का अर्थ है कि

AGREEMENT by HOSPITAL (醫院同意書)

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 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.

हमने जलियाँवाड़ा इलाक़े की ओर से सामाजिकसेवा के "कोशिका" प्रारम्भ करने के निर्णय प्रस्तावित कर चुके हैं, जिसे हम (इलाक़ा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वोपर और न ही अधिकारी में स्थिति साक्षात् किसी भी सामग्री संस्था या किसी अन्य उद्योग से उच्च होती है, बल्कि यह कि इन "कोलिका फायनेंस" से निष्पत्ति/विनिर्गत उच्च से सम्बंध में "कोलिका फायनेंस" द्वारा परर हेतु कि है। यदि "कोलिका फायनेंस" द्वारा साक्षात् विनिर्गत/विनिर्गत हेतु मनुष्य नहीं किंच ज्ञात है तो अगला किसी अन्य भी सामग्री संस्था या किसी अन्य संस्था से साक्षात् लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला विनिर्गत परर उच्च होती है हेतु किसी भी सामग्री संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेना।
2. "कोलिका फायनेंस" से लेने या साक्षात् लेना विनिर्गत प्रकृति की है। लेने पर इच्छातः द्वारा ही यह साक्षात् या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का प्रयोग लेने एवं इच्छातः से लेने का विषय है और "कोलिका फायनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीसे इच्छातः में लेने से इच्छातः मुक्त और अपने अपने को सभी विनिर्गती लेने एवं इच्छातः को लेने और "कोलिका" को कोई प्रतिकार या विनिर्गती इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इसी प्रकार के लिए संस्तुति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 22/04/19	 Dr. K. Ghosh MBBS, DD, DNB, FRCS Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. के. के. घोष व रजि. नं. 50971 All India Institute of Medical Research Centre	 Shish Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इम्पाउन्ड अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपप्लेन से

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इंदरका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इंदरका 2
	