

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)			(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: K/0110/2827			APPLICATION DATE: 25/01/19			 Building Stock of life.
NAME of APPLICANT: MAYA RANI GHOSH			AGE-YEARS: 60	SEX: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHAMBHUNATH GHOSH						
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 105 A NARAYANPUR GHOSH PARA, BHANGORE, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE						
OCCUPATION: HOME MAKER			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL			(Attach Proof of Income)			
PAN No. [Blank]						
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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध		
1.	MAYA RANI GHOSH	60	F	SELF		
2.	KARUN GHOSH	32	M	SON		
3.	GYOTSIYA GHOSH	13	F	DAUGHTER		
4.	ARCHANA GHOSH	12	F	DAUGHTER		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)						
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:						
सहायता हेतु किसे मने विषयी 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 (SICS + IOL)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES						
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?						
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि				

DECLARATION by APPLICANT: सहित प्रमाण पत्र

- 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 अथवा सत्य कतार है तो मेरी सहमति निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं इससे आगे कतार "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में दिया गया है।
- 3) मैं यहाँ कतार दूँ कि मैं किसी सहायता से न उपयोग कर रही हूँ। उस उद्देश्य का अर्थिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (and/or its WUP)

- 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/put-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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्जतक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में संक्षिप्त हैं, जो "कोशिका" एलएन न्यासी, राज. चारकण्य द्वारा इस्तेमाल से मुझे चिकित्सीय और उपस्थिति के लिए किसी भी प्रकार मान्यता से उपस्थित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के चारों तरफ से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्जतक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के इस्तेमाल से अधिकृत है मुझे सहायता का इलाज नहीं सहायता इस संबंध में "कोशिका" एलएन उपाध्यक्ष न्यासीय का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अनेकदा ही वस्तुस्थिती या अंगीरे का निहाय



AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट होस्पिटल)

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.

इसमें अधिकतर इलाखारी की तरह वे गणपतेश्वरी को "कोटिका गणपतेश्वरी" से विभिन्न उपासना हेतु विभक्तित की जाती है, जिसे इन (इलाखार) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वोपन और न ही परिवर्ण में विविण सहायता किसी नैर साधारण संस्था या किसी अन्य इकाई से उक्त ऐंटेगणन में लेने का ले रहे हैं, कैरी कि इपने "कॉरिक्ता फाउंडेशन" से विविणसिक्तासिक्ता उक्त को समर्थन में "कॉरिक्ता फाउंडेशन" द्वारा फरर हेतु कि है। यदि "कॉरिक्ता फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्तासहायता हेतु फन्तु नहीं किया जाता है तो अगणन किसी अन्य नैर साधारण संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुक्ति राखता है। इस धुक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अगणन विविण फरर उक्त ऐंटेगणन हेतु किसी नैर साधारण संस्था या किसी अन्य समर्थन को नहीं लेफाहेगी।
2. "कॉरिक्ता फाउंडेशन" से लेने का सहायता फेगत विविण सुक्ति की है। ऐंटी या इगणन द्वारा लेने का सहायता या किने फने उगणनसिक्ता का फुलन ऐंटी एवं इगणन को फेग का फिलन है और "कॉरिक्ता फाउंडेशन" द्वारा किसी उगणन का कोई दफन नहीं है। इसविने इगणन में ऐंटी को इगणन सुक्ति और अपने अपने को सारी सिक्तासिक्ता ऐंटी एवं इगणन को ऐंटी और "कॉरिक्ता" को कोई अधिकार या सिक्तासिक्ता इस फणन में नहीं ऐंटी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

कवीश्वरी के लिए संभार

Date of Surgery अंतिम की तिथि 25/01/19	Dr. Alok Agrawal SS, MS, FRCS (Eye) FMRP (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद	Dr. Anish Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2	
		