

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2846
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 28/01/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: KARTICK CHANDRA GHOSH
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
75

SEX लिंग
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JAGYESHWAR GHOSH
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता

ASHWINI NAGAR, BARUI MADIA, SIKARUPNAGAR,
NORTH 24 PARGANAS, 743223, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पता

AS ABOVE



OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. सत्याई 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 चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / 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.	KARTICK CHANDRA GHOSH	75	M	SELF
2.	SUMITRA GHOSH	66	F	WIFE
3.	KAMAL GHOSH	43	M	SON
4.	SHYAMAL GHOSH	40	M	SON
5.	RAJESH GHOSH	38	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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 सबूत
---	---	--	---

"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.	DIAGNOSES - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS-TEOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में घोषित किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस प्रार्थना हेतु यह प्रत्यक्ष की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लिया जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, प्रकाशक द्वारा, इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्यक्ष का निशान मेरी प्रार्थना के पालन के लिए या मेरे मामले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रार्थना के उद्देश्य के अंतर्गत है, प्रसारित या प्रकाशित नहीं किया जायेगा। इस प्रार्थना में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उक्त न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)**

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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की सहमति के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" को निम्न प्रार्थना हेतु सिफारिश की जाती है, कि वह हम (हस्पताल) को प्रत्यक्ष से प्रत्यक्ष न मिले।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में निम्न प्रार्थना किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए हमें कोई अधिकार है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रत्यक्ष से प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रार्थना किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए हमें कोई अधिकार है तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रार्थना के माध्यम से प्राप्त करने के लिए हमें कोई अधिकार है। इस पुष्टि के साथ हमारा मत है कि हमारे पास निम्न प्रार्थना के लिए हमें कोई अधिकार है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी प्रार्थना केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे द्वारा ही नहीं किया जायेगा कि हमें अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमें ही करना है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमारे पास ही हमें प्रार्थना प्रदान और हमें जाने की सभी जिम्मेदारियाँ हमें ही करना है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस प्रार्थना में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुति

Date of Surgery
अपेक्षित की तारीख

28/01/19

Dr. K. Ghosh
MBBS, D.O, DNB, FRCS
(Name of Dr. & Designation)
Surgeon-in-Chief, Koshika Foundation

Shib Sankar Bagchi
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Surgeon-in-Chief, Koshika Foundation

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2