

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/0119/2850 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 28/01/19 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: HEM BAGDI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 54	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: TINKARI BAGDI पिता/सहोदर का नाम		 		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: HARI DASPUR, BOKRESWAR, BIRBHUM, JHARKHAND, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: LABOURER				
TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1800 x 12 = 21,600/- कुल वार्षिक आय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)		
PAN No. सवाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)				
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.	HEM BAGDI	54	M	SELF
2.	BEYASHWATI BAGDI	47	F	WIFE
3.	PADMA BAGDI	25	F	DAUGHTER
4.	GURUDAS	23	M	SON
5.	HARI BAGDI	20	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवक्षित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोज के लिये 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवक्षित 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 लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: **सर्वोदय प्रो. संजय ग.**

- 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 बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा गलत साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे यहाँ पर सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", के लिये जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में चर्चा किया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से न तो अन्यत्र से वापस मिलने वाली राशि, या अन्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो मिलने वाली राशि प्राप्त करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (print or type)

- 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

- 1) इस प्रश्न का अपने उत्तरात्ता या जवाबों की छात्र लक्ष्यकार, मैं (अनवरुध) अपनी समझ की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉलेजियल फाईनल और उसके न्यायोच" को अधिष्ठित करता हूँ कि मेरा नाम, नाम, जहाँ और जो विभाग इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, उसे "कॉलेजियल" एम्पु न्यायो, एन, बाधकधन दुर्गुन उद्देश्य से मुझे योनिधियुक्त और उत्तरधियुक्त के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशस्ति करने से शिष्ट अधिष्ठित है। मेरे प्रश्न का विभाग मेरे प्रश्न के जवाब का नाम से करने से शिष्ट "कॉलेजियल फाईनल" में न्यायो अधिष्ठित है।
- 2) मैं (अनवरुध) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, नाम, जहाँ और विभाग जो कि उत्तरात्ता के उद्देश्य से प्रशस्ति है मुझे उत्तरात्ता का उत्तरात्ता नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कॉलेजियल" एम्पु उत्तरात्ता न्यायो के निर्णय अधिन और बाधकधन होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके बच्चे के स्वास्थ्य का हमारे पास निगरान



AGREEMENT by HOSPITAL (HSPH 00 000)

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 स्पष्ट है, इसकाही की ओर से समर्थन/पेदी की "अंतिका पत्राचार" से विनि साधन हेतु विचारित की जाती है, जिसे इन (इसका) विनि प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित प्रावधान किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त टेंटे/पत्रालय में होने या हो जाने हैं, बल्कि कि इनमें "कोशिका प्रचार-वेला" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उक्त के समर्थ में "कोशिका प्रचार-वेला" द्वारा प्रचार हेतु कि है। यदि "कोशिका प्रचार-वेला" द्वारा प्रावधान विहित अधिनियम/पत्रालय हेतु प्रचार नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से प्रावधान होने का अधिनियम प्रमाणित प्रमाण है। इस प्रमाण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल टिप्पणी प्रचार उक्त टेंटे/पत्रालय हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका प्रचार-वेला" से ही यह प्रावधान केवल विहित प्रमाणित की है। टेंटे या अस्पताल द्वारा ही यह प्रावधान या विहित से उपचार/प्रक्रिया का प्रचार टेंटे एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका प्रचार-वेला" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार नहीं है। इसीलिए अस्पताल में टेंटे के प्रचार प्रसार और करने करने को सभी निम्नोपरी टेंटे एवं अस्पताल को होनी और "कोशिका" को कोई प्रमाण या निम्नोपरी इस मामले में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिश के लिए संस्कृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09/01/19

23/01/19

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

(Name of Dr. B. Regn. No. with Stamp) _____

हस्तगत का नाम व हस्तगत व स्थिति व

Shib Sanker Bagchi
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital) *Bagchi Centre*
नाम व पद इत्यादित् अधिकृत व्यक्ति

नाम व पद इसताल में अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

अन्तराष्ट्रिय सम्मेलन हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
मन्मोहन इरसण्णा ।

म्यामी इस्लाम ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी हस्ताक्षर 2

अथर्ववेदः

Erasmus

Rich