

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.: K/0019/ 2853

APPLICATION DATE: 28/01/19

NAME of APPLICANT: RINA GHOSH

AGE-YEARS 49

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAMBHU GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान निवासीय पता

151 K ROAD, NETAJI GAN, HADRA, TILLOE,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. रणार्थ का 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.	RINA GHOSH	49	F	SELF
2.	SOURABH GHOSH	32	M	SON
3.	SUSMITA DAS	13	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अप कोई आधार
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विवरी 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 (SICSTOL)

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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 KashiKa 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जायु है तो मेरी सहायता निराह की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कॉलेज फंडेशन", से ही मैं यह हूँ, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पता पड़ा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रश्न की नहीं हूँ, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (check all that apply)

- 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/post-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 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 प्रश्न का जवाब दस्तावेज का अंशों को उत्तर लक्ष्यकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुनः कहता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" समूह ग्राहकों, घर, कार/काचवाहन द्वारा उद्देश्य से चुनी गतिविधियों और उपलब्धियों को निर्णय दिखाने की प्रसार सामग्री से प्रसारित करने को हित् अधिभूत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी दस्तावेज को पत्रों का नाम से करने को हित् "कोशिका फाउंडेशन" से ग्राहकों अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि दस्तावेज को उद्देश्य से प्रसारित है मुझे तथा: दस्तावेज का इस्तेमाल नहीं करता। इस समर्थन में "कोशिका" समूह ग्राहकों ग्राहकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेक्षाओं को समझना या खोजें या मिश्रण



AGREEMENT by HOSPITAL. (HSPH 20 500)

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 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.

इससे अधिकतर इस्लामी और से आगम/पंथी को "बोलिया चलाबोलन" से विविध साद्व्यवह संवृ विमर्शित को ज्ञाते हैं, जिसे इन (अवस्था) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही सर्वजन में द्वितीय महाकाव्य किसी भी भारतीय संस्था या किसी अन्य प्रवर्ग से उभरा लेखनीयता में होने या हो रहा है, बल्कि कि हमने "कॉलेजियल गवर्नमेंट" से विचारविनिर्माणिता उभरा की सम्भव है "कॉलेजियल गवर्नमेंट" द्वारा गहरा होना कि है। यदि "कॉलेजियल गवर्नमेंट" द्वारा महाकाव्य किसी अतिरिक्त/अन्य होना सम्भव नहीं किन्तु जहाँ है तो अत्यन्त किसी अन्य भी भारतीय संस्था या किसी अन्य सम्प्रदाय से महाकाव्य लेखन का अतिरिक्त सुदृष्टि उभरा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अत्यन्त द्वितीय गहरा उभरा लेखनीयता होना किसी भी भारतीय संस्था या किसी अन्य सम्प्रदाय से नहीं लेखनीयता।

2. "कॉलेज काउन्सिल" से जो नई प्रणाली संभव विधि प्रयुक्ति की है। ऐसी पर हमला इस पर यह सवाल है किने गने प्रणाली/प्रक्रिया का सुझाव देती एवं हमला संयोग का विषय है और "कॉलेज काउन्सिल" इस किसी प्रणाली का कोई प्रणाली नहीं है। इसीलिए हमला में ऐसी को हटाना सुझा और जाने जाने की सही जिम्मेदारी ऐसी एवं हमला को हटाने और "कॉलेज" को कोई प्रणाली या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिश के लिए संस्कृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

28/01/19

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

(Name of the Exhibitor with Stamp) _____

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on Behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION অনুরোধ উপস্থাপন

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

Erasmus

SIGNATURE of TRUSTEE 2
व्यक्ति २

list