

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0219/B266
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 13/2/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SANATAN GHOSH
आवेदक का नाम

AGE-YEARS उमेर-वर्ष SEX लिंग
90 M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NIKHIL GHOSH
पिता/स्त्री का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय पता
DARGA PUR MUNICIPAL CORPORATION
BARDHAMAN 713201, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: इसके अवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: अवस्था
UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
मैं इस वर्ष कर दाता हूँ (जो मान्य हो उस पर सही का विवरण संगत)

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 सापेक्ष सम्बन्ध
1.	SANATAN GHOSH	70	M	SELF
2.	KANHI GHOSH	57	M	SON
3.	JOYDEB GHOSH	25	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विवरित उद्देश्य

BPL Card (Attach Card Copy) गर्भवती रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाति संतुल्य करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अद्य गर्भ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाति संतुल्य करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त संघर्ष (प्रमाण पत्र की जाति संतुल्य करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सापेक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विवरित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पत्त्य/डॉक्टर से पहरी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेंट द्वारा घोषणा करा:

- 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.
- 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.
- 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 प्रस्तुत करता हूं कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण में सहजता के अनुदार सत्य एवं सही है। नहीं कोई विवरण एवं कामना असत्य पाया जाता है तो मैंने भावात्मक विवरण की जा रखती है।
- 2) ये इस जी मानव धर्म "कोशिका फाउंडेशन", से लोगों द्वारा है, उसका उपयोग सभी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाता है, ये इस प्रकाश में चढ़ा गया है।
- 3) मैं तुष्टि करता हूं कि विवरण भावात्मक देखा गया है और उस विवरण की अनुमति देखा गया है। उस विवरण का अधिकारी यह कामना से न ले लिया है और न ही विवरण में सही है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेंट द्वारा कराया)

- 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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 प्रकाश पर अप्लिकेंट द्वारा उल्लिखित की जाने वाली जानकारी की तुष्टि करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तिगतों" को अधिकृत करता हूं कि मैंने यह काम, उत्तर, खोटे और जी विवरण इस प्रकाश में भावित है, उसे "कोशिका" एवं नाम, दर, यापनावाले द्वारा उद्देश्य से जुड़ी विविधताओं और उपलब्धियों के लिये विवरण भी प्रस्तुत करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इताहार के पास से बाहर ये काम ये करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" एवं नामों द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लिकेंट) इस काम से सहायता हूं कि योग्य काम, पत्र, खोटे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ी है तुष्टि करता है। सहायता का इताहार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके व्यक्तिगतों का विवरण अधिकृत और अस्वीकारी होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अप्लिकेंट के इताहार का अंगूठे का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (इताहार द्वारा कराया)

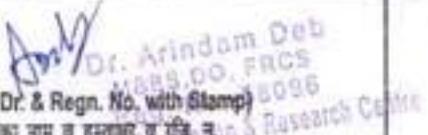
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

इन्होंने अधिकृत, इताहार के अंत में सहायतार्थी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता देने वाली है, जिसे इस (इताहार) विवरण पर याकूब व स्वीकार करते हैं।

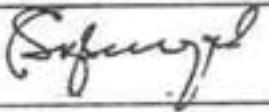
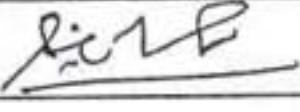
- 1) यह कि न कि चर्चित और न ही विवरण में विविध सहायता दियो गए साकारी संस्थान का विवरण अन्य संस्थान से उत्तम संगीतायाम से मौजूद हो जाए तो विवरण में दिये गए होंगे। जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविधविविधत इताहार के इताहार में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यदि देखा गया है। नहीं कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता दियो गयी अन्य संस्थान से सहायता होने का अधिकारा सुनिश्चित रखता है। इस तुष्टि में स्पष्ट करता है कि अस्पताल द्वितीय चर्चा उत्तम संगीतायाम से देखा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चर्चा उत्तम संगीतायाम से नहीं होती है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही नहीं सहायता देने वाले विविध प्रकृति की है। उन्हीं पर इसकात द्वारा ही यही सहायता या विवरण दिया जाना चाहिए एवं इसका अस्पताल द्वारा देखा जाना चाहिए। इसीलिये इसकात में उन्हीं के इताहार सुनाया गैर अन्य वारे की सही विवरणोंहीं होनी चाहिए। अस्पताल की होती है और "कोशिका" को पूरी भूमिका या विवरणोंहीं इस सम्बन्ध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति**

Date of Surgery अंतिम दिन की तारीख 13/2/17	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Ranachal Eye Foundation Ranachal Eye Foundation	Shrikant Bachchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital), Centre नम्बर व पर इताहार अधिकृत अस्पताल
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इताहार 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इताहार 2 
--	---