

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता ढेते आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रेखाचाल)

APPLICATION No.: K/0517/0311

APPLICATION DATE: 21/5/19  
आवेदन तिथि:NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम MANGALA GHOSH.AGE-YEARS आयु-वर्ष 83  
SEX लिंग F.FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/काकुआ का नाम PRABHAS GHOSH.PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक स्थायी संसाधन पता  
RAOHA BALLABHPUR, PATOL, HOOGLY,  
PIN 712406, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी संसाधन पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:  
अवकाश

HONG MAKER.

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

Rs 1800 x 12 = 21600/-

MARRIED (विवेचित) / UNMARRIED (भविवेचित)

(Attach Proof of Income)  
(आय का संबन्ध संतान)

PAN No. स्थाई ज्ञाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप अयोग कर रहा है (जो मात्र हो उस पर सही का विवरण लगायें)Yes / No  
हाँ / 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.	MANGALA GHOSH.	83	F	SELF.
2.	SURJNAR GHOSH.	59	M	SON.
3.	MADHUP GHOSH.	64	M	SON.

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विवरित आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साथ
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ भरते संतान करो)	अल्प अय वर्ग इन्डेन पत्र (प्रमाण पत्र की जाया भरते संतान करो)	उपचोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की जाया भरते संतान करो)	

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/टीकाकरण से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न
1.	MAGNOSE- CATARACT- Re.
2.	SURGERY- Re (SICKLE)

## ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ही मई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पेलेंट द्वारा घोषित करना:

- 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 पांचवां काला हूँ कि इस प्राप्ति में लिये गये चिकित्सा और जनकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई चिकित्सा एवं काशन असत्य एवं बाधा है तो मेरी मानामत नियम की वज्र उड़ाती है।
  - 2) मेरे द्वारा कोई सामग्री या "कोशिका फाउंडेशन", या उसी वाली है, उसका उपयोग उसे उत्तीर्ण की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में था एवं था।
  - 3) मैं पूर्ण काला हूँ कि यह मानामत होता है कि यह प्राप्ति को गई है, उस प्राप्ति का अधिकार या सहायता किसी अन्य घोषित वालीया कामनी से न हो सकता है और न ही अधिकार में सूची।

**AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा करना)**

- 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 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 प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर को लगाने जानकार, मैं (अप्पेलेंट) अपनी मानामत को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मैंने यह, पहले भी जो चिकित्सा इस प्राप्ति में खोला है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दाता, चिकित्सक द्वारा उत्तीर्ण से उत्तीर्ण नियमित और उत्तीर्णित के लिये किसी भी प्रकार नाममांग से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का चिकित्सा में इतना कोई उत्तीर्ण के लिये नाममांग नहीं उत्तीर्ण करना अधिकृत है।
  - 2) मैं (अप्पेलेंट) इस बात से सहमत हूँ कि मैंने यह, पहले भी जो चिकित्सा इस प्राप्ति के उत्तीर्णों से खोला है जुहो स्थान: चिकित्सक का उत्तीर्ण नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का नियम अधिकृत और जानकारी होती है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अप्पेलेंट के हस्ताक्षर या झोंठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करना)**

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.

इसको अधिकृत, इसका उत्तीर्ण को जानकारी दी जाने वाली चिकित्सा द्वारा उत्तीर्ण चिकित्सा को बताते हैं, जिसे हम (हस्ताक्षर) नियम प्रकार से यथावधीन बनाकर करते हैं।

1) यह कि वह जानकार और न हो खालिक में लिया जाना चाहिए ताकि वह जानकारी संभवतया या किसी अन्य स्रोत से उत्तर दें या उत्तर देने में सीधे या संतुलित हों, वैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से लिया गया विवरण उत्तर के सामने नहीं दिया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जानकारी दी जाना चाहिए तो उत्तर देने की जिम्मेदारी अन्य जानकारी संभवतया या किसी अन्य स्रोत से जानकारी से उत्तर देने का अधिकार मूर्खित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं कहा जाता है कि अन्यान्य दुर्लिख यदर उत्तर देने/प्राप्ति होने से उत्तर देने की जिम्मेदारी अन्य जानकारी संभवतया या किसी अन्य स्रोत से उत्तर देने से उत्तर देने की जिम्मेदारी होती है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से उत्तर देने के लिये यह जानकारी दी जाने वाली चिकित्सा का उत्तर देने वाली एवं इसका उत्तर देने की जिम्मेदारी अन्य जानकारी संभवतया या किसी अन्य स्रोत से उत्तर देने का अधिकार मूर्खित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं कहा जाता है कि अन्यान्य दुर्लिख यदर उत्तर देने/प्राप्ति होने से उत्तर देने की जिम्मेदारी अन्य जानकारी संभवतया या किसी अन्य स्रोत से उत्तर देने से उत्तर देने की जिम्मेदारी होती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
संभवतया के लिए संमतुति**

Date of Surgery अंपायरी की तारीख  21/5/19	Dr. RAJESH AGRAWAL M.S., F.R.C.O.P.(Eye)F.M.R.C.S. Reg. No. 34786 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दाता का नाम या हस्ताक्षर व राजि. न.	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्यान्य उत्तर देने के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2  
--	--