

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1159/2061 APPLICATION DATE : 11/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SUBRATA GHOSH AGE-YEARS आयु-वर्ष : 68 SEX लिंग : M
आवेदक का नाम

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
MITRAHATI DAKSHIN PARA, MATLA, CANNING,
SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
AS ABOVE



OCCUPATION : UNEMPLOYED MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1300 x 12 = 15,600/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) 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.	<u>SUBRATA GHOSH</u>	<u>68</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>SOURYA GHOSH</u>	<u>33</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लक्ष्य करने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</u>
2.	<u>SURGERY — RE (SICST 104)</u>

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: आवेदन दान प्रेषण पर:

- 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 दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ। मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ। मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ।
- 2) मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ। मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ। मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ। मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ। मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान कर)

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.

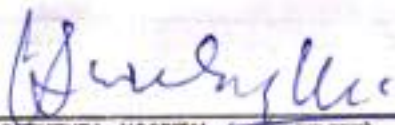
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ। मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ। मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ।

2) मैं (आवेदन) इस दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ। मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ। मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन दान करने का दान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दान कर)

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.

हस्पताल दान करने के लिए सच कह रहा हूँ। मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ। मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ।

1) मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ। मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ। मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ।

2) "कॉशिका फाउंडेशन" से ही मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ। मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ। मैं यहाँ पर दान दान करने के लिए सच कह रहा हूँ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/11/2019</p>	<p>Dr. K. G. Singh MBBS, D.O., MRCES Reg. No. - 1171 Name of Dr. & Regn. No. with Stamp हॉस्पिटल का दान दान करने के लिए दान</p>	<p>Anshu Sankar Banchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Susrut Eye Foundation on behalf of Hospital) हॉस्पिटल का दान दान करने के लिए दान</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत दान दान

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी दान दान 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी दान दान 2</p>
