

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	<u>U/0425/0087</u>	APPLICATION DATE आवेदन तिथि <u>14/04/2017</u>		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	<u>KHAGEN CHANDRA GHOSH</u>	AGE-YEARS वय-वर्ष <u>65</u>		SEX लिंग <u>M</u>
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपूर का नाम	<u>ANIL CHANDRA GHOSH</u>			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता <u>PATRA PARA, BAROWARITALA, KRISHNA PUR, BIDHANNAGAR, NORTH 24 PARAGANAS, 700102</u>		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता <u>WESTBENGAL</u>		
<u>— AS ABOVE —</u>				
OCCUPATION : अवस्था	<u>FARMER</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	<u>5000 X 12 = 60,000/-</u>		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष प्रमाण)	
PAN No. आईटीएस नंबर				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहे हैं (जो जन्य हो उस पर सही का प्रमाण लगायें):				
Yes / No <u>हाँ / नहीं</u>				
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>KHAGEN CHANDRA GHOSH</u>	<u>65</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>AROHI GHOSH</u>	<u>60</u>	<u>F</u>	<u>WIFE</u>
3.	<u>PARTHA GHOSH</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाशित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जापा द्वारा संग्रह जाए)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जापा द्वारा संग्रह जाए)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जापा द्वारा संग्रह जाए)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गर्य विचारी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
①	<u>DIAGNOSIS - CATARACT - (RF)</u>			
②	<u>SURGERY - RE - (SICSTON)</u>			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए 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 AVALIED लो गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा संकेत करा:

- 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.
- 4) मैं अधिकारी कारता हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण वेरी जानकारी के अनुसार सच्च यहाँ पड़ते हैं। यदि कोई विवरण एवं काथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 5) मेरे हाथ जा सकता गया "कोशिका फाउंडेशन", ये जी जा रही है, उसका उपर्युक्त उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये विवरण आवेदन, जो इस प्राप्ति में भरा गया है।
- 6) मैं पूरी जास्ती हूं कि विवरण सहायता हेतु यह प्राप्ति की जाती है। उस लिए कारबोरोक या सकल उपर्युक्त किसी अन्य ग्राहक/नियमों का विवरण नहीं करता है। ऐसे न हो लिया है और न ही विवरण में है।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा कारता)

- 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.
- 3) इस बाट पा. अन्नी हस्ताक्षर या अंगठ की लाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी मान्यता को दिलाता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत कारता हूं कि मेरा चय, पाप, जात और जा विवरण इस प्राप्ति में शामिल है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, या, वाचक/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी विविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये जिसी भी प्राप्त मान्यता में प्रस्तुति करने के लिए, अधिकृत है। मेरी प्रवर्त का विवरण में इसका को पड़ता या बढ़ में करने के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" वा न्यासी अधिकृत है।
- 4) मैं (अवेदक) इस बाट मेरे गहरात हूं कि मेरा चय, जात, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में जारी है नुस्खे भवतः सहायता का उक्तावान नहीं जाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासियों का नियम अनियम और वाचकनारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के हस्ताक्षर या लंबांगे का नियम

१५/०४/२०२५

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करा)

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.
- इसमें अधिकृत, अंगठी की ओर मान्यताएँ को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध महायाता हेतु विस्तृतीय की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) नियम प्रकार में चय व स्वीकार जाते हैं।
- 1) यह कि गा गे कोशिका और न हो भविष्य में विविध महायाता किसी भी सहायता सम्बन्ध में किसी अन्य स्थान से उक्त गोपी/मायाले में जैसे पा ते रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिवारिश/प्रियनाति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यदि हेतु किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता सम्बन्ध या किसी अन्य समस्त्रधन से महायाता सेवे का अधिकार नुस्खित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं करता है कि अस्पताल द्वितीय प्रदर्श उक्त गोपी/मायाले देता किसी और सहायता सेवे की लोग/संस्था।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जी गई सहायता कोवल विविध प्रकृति की है। संक्षेप पर, हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या किसी गोपी/उपर्युक्त प्रक्रिया का चुनाव वो जी इस हस्ताक्षर के बोल का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रका का कोई उपर्युक्त नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर ने गोपी के उपर्युक्त चुनाव द्वारा अपने जात की जारी विवरणों गोपी द्वारा हस्ताक्षर को होगी जौ "कोशिका" की कोई पूर्णता-वैधि किसीदौरी इस प्राप्ति में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संक्षेप

Date of Surgery अधिकृत द्वारा दिया गया तिथि 14/04/2025	Dr. Sanket Das Director M.B.B.S, M.G.O.D, Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) इसकी को प्राप्ति व उपर्युक्त के दिन द.	Optom Avhijit Das Senior Resident Optometrist Sanket on behalf of Hospital Institute नम व पर, हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदीक दरपाना हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर]

S. Sengupta

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर]

L. R. B.