

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No.: K/1218/230 आवेदन क्रमांक :		APPLICATION DATE: 20/12/18 आवेदन दिनांक :		 	
NAME of APPLICANT: SUBHMYA DUTTA आवेदक का नाम :		AGE-YEARS मातृ-वर्ष : 70	SEX लिंग : F		
FATHER/SPOUSE'S NAME: BAKUL DUTTA पिता/सहोदर का नाम :					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता NATUNPALLY, SONARPUR, KOLKATA 700150, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION : HOME MAKER. व्यवसाय :		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. क्या है या नहीं ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पayer हैं (जो वाक्य सही उस पर सही का निशान 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 से क्या संबंध	
1.	SUBHMYA DUTTA	70	F	SELF	
2.	NISA DUTTA	37	F	DAUGHTER	
3.	MAHA DUTTA	35	M	SON	
4.	RUNU DUTTA	40	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की आय प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की आय पर (आय पर की आय प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की आय प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने जाने किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	Diagnosis - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (SICAPOL)				
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिले या नहीं?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED कौन सा सहायता पद		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो वेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यापन करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, इसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बतल गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रपत्र नहीं भेजूंगा, इस प्रपत्र का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोडक्ट/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा, उनके द्वारा, उनके द्वारा जारी किए गए प्रचारित पत्रों और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे उपचार के पत्रों या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य माध्यम के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को जारी करने के अधिकार के अधिकार हैं। सहायता का अस्वीकार नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा अपने ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ अंगुली के छाप लगाकर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सहमत हैं:

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट नहीं है कि सहायता वित्तीय सहायता हेतु दी जाती है और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, उसे हम (हॉस्पिटल) द्वारा ही प्राप्त किया जाएगा और इसे हमें उपचार/उपचार का चुनाव करने एवं हॉस्पिटल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। उपर्युक्त सहायता में कोई भी हस्तान्तरण और अन्य करने को जारी रखने के लिए हमें हॉस्पिटल को दोषी और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20/01/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम और रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ स्टैम्प Dr. Anjanay Giri Research Centre	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Centre on behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी Shib Sankar Bagchi Director
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी द्वारा 1 Safaryal	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी द्वारा 2 [Signature]
---	--