

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. : K/0115/2331

APPLICATION DATE : 07.01.2019

NAME of APPLICANT : JHARNA DUTTA

AGE-YEARS 67

SEX F

FATHER/SPOUSE'S NAME : KALIS CHARNAY MTSRAH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

13 H/10 JADUNATH LANE, CHITAMBERAM - KOLKATA 70004 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : NONE

ITS ABOVE.

OCCUPATION : COOK

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1300 X 12 = 15600/-

(Attach Proof of Income)
(आप का सक्षम संलग्न)

PAN No. NONE

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 के साथ सम्बंध
1.	JHARNA DUTTA	67	F	SELF
2.	RUMKI DUTTA	45	F	DAUGHTER
3.	MURMUR DUTTA	42	F	DAUGHTER
4.	PEYALI DUTTA	39	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपदेसक कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CHRONIC RE
2.	SURGERY - RU (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी आशा है कि यह सचनी है।
- 2) मैं इस बात को आश्वस्त करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस आशा से मदद नहीं करूँगा कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो भी मदद है और मैं ही अधिकारी हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रकार मैं अपने इसका यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं (आवेदनक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'प्रायोजर' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से मुझे वित्तियन और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत है। मेरी इस बात का विचार है कि इसका मतलब यह है कि मैं अपने नाम को "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित कर रहा हूँ।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रकाशित के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, प्रकाशित का अधिकार नहीं करता। इस घोषणा में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी को निरर्थक और अन्यायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के इसका या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)**

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, इसकाफटी की ओर से घोषणा/स्वीकृति को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तियन आर्थिक सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि मैं या मेरी संस्था और मैं ही अधिकारी हूँ कि मैं (हॉस्पिटल) को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तियन आर्थिक सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तियन आर्थिक सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अपने आप से या किसी अन्य स्रोत से इसका पूरा भरपूर करना होगा। यह घोषणा करने का मतलब यह है कि हमें किसी भी अन्य स्रोत से या किसी अन्य स्रोत से वित्तियन आर्थिक सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद मिलेगी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है। मेरी इस बात का विचार है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी को निरर्थक और अन्यायकारी होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संयुक्ति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04-01-2019	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, Ph.D (Eye) M.S. (Ophthalmology) (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) हॉस्पिटल का नाम व इसकाफटी का पता	Shankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पर इसकाफटी अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आन्तरिक इसकाफटी 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आन्तरिक इसकाफटी 2