

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2428  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 10/01/2019  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MELIMA BHATTYACHARJEE  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS मातृ-वर्ष: 66  
SEX लिंग: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: SIBSANKAR CHAKRABORTY  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BANDHAGALLI HARIPUR, ASHOKNAGAR, KALYANGARH  
HAZRA-11, NORTH 24 PARAGANAS, 743223,  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (को चयन करें उस पर सही का चिह्न 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 सम्बन्ध
1.	MELIMA BHATTYACHARJEE	66	F	SELF
2.	SURESH BHATTYACHARJEE	58	M	HUSBAND
3.	SOURAB BHATTYACHARJEE	18	M	SON
4.	JAYANTA BHATTYACHARJEE	09	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) महोदय रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DEPRESSION - CATAPLECTIC
2.	SURGERY - HE (SISTEOL)

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा कर्तव्य वाक्य)**

- 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 कर्तव्य करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे यहाँ कर्तव्य करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में वर्णित है।
- 3) मैं यहाँ कर्तव्य करती हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उद्देश्य की पूर्ति के लिए, इस या किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता लूँगी और न ही भविष्य में लूँगी।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कर्तव्य)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रकरण पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ कर्तव्य करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विवरण इस प्रकरण में वर्णित हैं, जो "कोशिका" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता हेतु या उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जा रहा है।
  - 2) मैं (अर्शक) इससे यहाँ कर्तव्य करती हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" को प्रदान करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
  - 3) मैं (अर्शक) इससे यहाँ कर्तव्य करती हूँ कि सहायता के उद्देश्य से प्रदान की जाने वाली सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता को अंतिम और अविभाज्य माना जाएगा।

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

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



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

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/होस्पिटल को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए हमें अधिकृत है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हमें अधिकृत है कि हमें अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रक्रिया में हमें कर्तव्य है कि हमें सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत से न तो सहायता लेंगे।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और इसे करने के तरीके/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हमारे डॉक्टर का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें अधिकृत है कि हमें सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्शक की तारीख 10.01.2019	Dr. K. Ghosh MBBS, DD, DNB, FRCS Reg. No. - 50971 (Haryana Medical & Research Centre) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर यहाँ दें	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 'यहाँ हस्ताक्षर 1'	SIGNATURE of TRUSTEE 2 'यहाँ हस्ताक्षर 2'
	