

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0110/2527

APPLICATION DATE: 15/01/19

NAME of APPLICANT: MERA BHATTACHARYA

AGE-YEARS: 74

SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KASHISWAR BHATTACHARYA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SPADIA PARA NORTH BARRACKPORE, 1CHAPUR

NANAGANGI NORTH 2, DURGAMAS 409144
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - ABOVE -

OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. (यदि उपलब्ध हो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर 'X' का निशान लगाएं)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	MIRA BHATTACHARYA	74	F	SELF
2	TAPAN BHATTACHARYA	30	M	BROTHER
3	PARIMAL BHATTACHARYA	63	M	BROTHER

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रातिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT RE
2	SURGERY - RE (SBZS - 120)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा सहायता गलत या झूठ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे स्पष्ट रूप से "कॉशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त करने के लिए कह रहा हूँ, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से मुझे प्राप्त होने वाली राशि का कोई भी हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रकरण में मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को सूचित करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कॉशिका" एम्बलम, चित्र, चरित्र/विवरण एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं प्रकरण का निष्पत्ति में फलित होने वाले या करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कॉशिका" एम्बलम, चित्र, चरित्र/विवरण का प्रयोग और उपयोग नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान

Nira Bhattacharya

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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, हस्ताक्षर की ओर से पासपोर्ट साइज की "कॉशिका फाउंडेशन" से मिलित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में मिलित सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा लेने के लिए या ले रहे हैं, बल्कि हम "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के माध्यम से "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सूचित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल हस्ताक्षर करने वाले स्रोत/सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहे हैं।
2. "कॉशिका फाउंडेशन" से ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज प्रदान करने के लिए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और करने वाले को सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होती है और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15/04/19

Dr. A. Kuridu
MBBS, MS

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाज के लिए केंद्र

Shib Sankar Bagchi
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
हमारे अधिकृत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Sufyan

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Sufyan