

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : K/0389/2446		APPLICATION DATE : 23/4/19			
NAME of APPLICANT : KALYANI CHATTERJEE		AGE-YEARS : 58	SEX : F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NEHA CHATTERJEE					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 95/1 NABAPALLY SALT LAKE-4, MIDHANAGAL, NORTH 24 PARAGANA, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -					
OCCUPATION : HOME MAINT.				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐	
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. : XXXXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) हाँ / 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 संबंध	
1.	KALYANI CHATTERJEE	58	F	SELF	
2.	CHANDRA SINGH	25	F	DAUGHTER	
3.	SRI RAM CHATTERJEE	31	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये कितनी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उड़ि सौंपन करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उड़ि सौंपन करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उड़ि सौंपन करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उचितवेदन सूची सौंपन				
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के 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 स्वे गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वाऱे करत): 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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है। 5) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से होने का पता है, इसका उपयोग उम्मीद के अनुसार की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में स्पष्ट रूप से है। 6) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु अब प्रत्येक की नहीं है, इस बात का अधिकार या सफल प्रस्ताव किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वाऱे करत): 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 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. 3) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, दान, संपर्क/प्रचार हेतु उद्देश्य से मुझे प्रेषित करेंगे और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग से प्रभावित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रचार का विवरण मेरे प्रार्थना के पता पर या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रेषित अधिकृत है। 4) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रार्थना के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे प्रचार: प्रार्थना का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर इसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वाऱे करत): 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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्पष्ट व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद कर रहा हूँ जो कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रस्ताव हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सहायी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रचार उम्मीद कर रहा हूँ किसी भी सहायी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का प्रस्ताव केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा लेने का प्रस्ताव/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में रोगी को इलाज सुझा और करने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हॉस्पिटल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/04/19	Dr. Dhananjay Giri MBBS, MS Reg. No. - 60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	