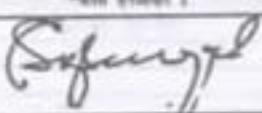


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION No.: K/0119/2752				APPLICATION DATE: 23/01/19	
NAME of APPLICANT: SHIKHA CHAKRABORTI				AGE-YEARS: 59	SEX: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUKUMAR CHAKRABORTI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 11THARHALLI DDA PDA MATHA CANNING, SOUTH 24 BARGANAS, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AT ABOVE					
OCCUPATION: HOUSE WIFE				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL				(Attach Proof of Income)	
PAN No. (आपका पैन नंबर):					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	SHIKHA CHAKRABORTI	59	F	SELF	
2.	SUKUMAR CHAKRABORTI	59	M	HUSBAND	
3.	SOMAPA BHITACHARJEE	32	F	DAUGHTER	
4.	SURAJ CHAKRABORTI	34	M	SON	
5.	MITA CHAKRABORTI	30	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
1. DIAGNOSIS - CATARACT - RE					
2. SURGERY - RE (SUCCESSFUL)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
NAME of OTHER SOURCE					
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED					

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह: 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त जाता है जो मेरी सहायता निरास करे या रद्द करती है। 2) मैं इस बात को सहायक प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से तोता करता हूँ, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में वर्णित है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष को नहीं हूँ, उस राशि का आंशिक या पूर्णतः विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति) 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. 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एवं अन्य माध्यमों, दूर, साक्षात्कार द्वारा आदिम से मुद्रित पत्रिकाओं और वेबसाइटों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के विरुद्ध या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान 		
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति) 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. इसी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से उपरोक्त के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) पूर्ण प्रचार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी आंशिक/पूर्ण हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा निर्णय मरर उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेनी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का सहायता संगठन वित्तिय प्रवृत्ति को है। रोगी या हमारा द्वारा ही नहीं सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का प्रचार रोगी एवं हमारा को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार नहीं है। इसीलिए हमारा में रोगी के हस्ताक्षर मुद्रा और अपने जाने की सभी विनिर्देश रोगी एवं हमारा को होने और "कोशिका" को कोई भुवि का विनिर्देश इस मामले में नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 22/04/19	Dr. Dhananjay Giri MBBS, MS Reg. No. - 80578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Centre डाक्टर का नाम व इच्छा व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हमारा अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 