

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0219/3499

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 20/02/19

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

JOY KRISHNA BHATTACHARJEE

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

SEX लिंग

69

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

LAL MOHAN BHATTACHARJEE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

46C/1A, BARWARI TALA ROAD, BELEGHATA, KOLKATA
700090 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो 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	JOYKRISHNA BHATTACHARJEE	69	M	SELF
2	TAPO BHATTACHARJEE	60	F	WIFE
3	SANJOY BHATTACHARJEE	33	M	SON
4	HANU BHATTACHARJEE	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: माधेदह द्वाय योजना पत्र:

- 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्थापित करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा रखा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष को नहीं है, उस राशि का अधिकतम समतल हिस्सा किसी अन्य प्रोत्तनियोजक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही पश्चात में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, साधन/सर्वस्व द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रमोदित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहमति के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपवाद के सम्बन्ध या अपवाद का स्थान

Joy Krishna Bhattacharya

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कबूल)

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.

बाबा जसवंत बाबासाहेब की ओर से उपस्थितियों को "कोशिका प्रारम्भोत्सव" में विधिवत सादरगत होत सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इम्प्लान्ट) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वमान और न ही पवित्र में विविध साक्ष्य किसी भी सरकारी संघर्ष या किसी अन्य स्तर से उभर रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से विश्वविद्यालय/विश्वविद्यालय के संघर्ष में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उभर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य विविध अतिरिक्त/सकल हेतु मन्दिर नहीं किया जाता है तो आमतौर पर किसी अन्य भी सरकारी संघर्ष या किसी अन्य साक्ष्य से साक्ष्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विविध पर उभर रहे हैं/मामले हेतु किसी भी सरकारी संघर्ष या किसी अन्य साक्ष्य से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह साक्ष्य संघर्ष विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमला द्वारा ही यह साक्ष्य या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनर्गठन ही एवं हमला के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमला में ही के इलाक़ सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमला की होगी और "कोशिका" की कोई भी प्रकृति या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20/02/19	Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम, क. संख्या तथा स्टैम्प	Shilankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	
		