

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K10619/0445
आवेदन संख्या:

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम: LILA CHOWDHURY

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/ज़दूजी का नाम: BHAGABAN DAS CHOWDHURY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय ठहराई
157 H/2, AURORABINDO SARANI, BRITISH STREET,
KOLKATA 700006, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वयं अवासीय ठहराई

- AS ABOVE -

OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (मिहिंदि) / UNMARRIED (अमिहिंदि)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1700 X 12 = 20400/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सब्द संपर्क)

PAN No. स्टेट बाट संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप ज्ञाप कर रहे हैं (जो मास ही उस पर जहाँ का विवरण लगायें)

Yes / No
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 सम्बन्ध
1.	LILA CHOWDHURY	28	F	SELF
2.	SHERMAN CHOWDHURY	62	M	BROTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गटोंबी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाति इति संस्करण करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वर्ष आय वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाति इति संस्करण करें)	Ration Card (Attach Copy) उपचारकारी कार्ड (प्रमाण पत्र की जाति इति संस्करण करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु लिये गये विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से लाए गए यांत्र विवरण शून्ही संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-REF

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 लो गई सहायता राशि



DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेंट द्वारा घोषणा रखें:

- 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 प्रस्तुत करता हूं कि इस प्रकार मे दिये गये पाए विवरण सही जनकारी के अनुसार सच्च एवं सही है। नहीं कोई विवरण ऐसा कहना असत्य बता है तो मैं उसी बाबत किसी की ज़िक्र नहीं हूं।
- 2) मेरे द्वारा जौहा दिया "कोशिका फाउंडेशन", से लेने वा छोड़ने के लिये विषय कारोबार, जो इस प्रकार मे खुद नहीं है।
- 3) मैं पुरुष करता हूं कि विवरण सहायता देने वाले प्रकार की गई है, उस एवं का अनुरोध या सहायता विवरण की अनुमति देने वाले जौहा न हो परिणाम में रहेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेंट द्वारा कराया)

- 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 fulfilment 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 प्रकार मे अपने इसकारा का अंगठी को जान सहायता, मे (अप्लिकेंट) अपनी जड़नी को तुरुष करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके नामों "कोशिका" एवं नामों "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूं कि मेरे नाम, जड़, फोटो और जो विवरण इस प्रकार मे दीखता है, उसे "कोशिका" एवं नामों, जान, वाक्यावय द्वारा उत्तराय से उन्होंने दीखायी और उल्लिखित होने के लिये विवरण भी प्रस्तुत बाबत से प्रतिक्रिया करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रस्तुत विवरण ये इसका को पहले वा बदल मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा नामों अधिकृत है।
- 2) मे (अप्लिकेंट) इस कारण से जाहाज हूं कि मेरे नाम, जड़, फोटो और विवरण जो कि जड़नी के उत्तराय से दीखता है तुरुष बताता जाए इसका इसकारा नहीं बताता। इस प्रकार मे "कोशिका" एवं उसके नामों का दिलचस्पी और बाबतकारी रहूंगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेंट के इसकारा पर अंगठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पत्ति द्वारा कराया)

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.

इसका अधिकृत, इसकारा की ओर से आवाहनहीन को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण जड़नी देने की जाती है, जिसे इस (इस्पत्ति) नियम प्रकार मे मन व स्वीकार करते हैं।

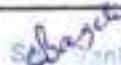
1) यह कि न हो बर्तन और न हो व्याधियां मे विवरण जड़नी किसी भी जाकरी संभवतया या किसी अन्य राशि से उसके द्वारा दीखते होने वा उसे देखने वा उसे देखने के लिये इसके "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणहीन उत्तराय के आवाहन ये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान होने की है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जड़नी विवरण अधिकृत अस्पत्ति देने वाली जाता है तो अस्पत्ति किसी अन्य और जाकरी संभवतया या किसी अन्य आवाहन से जड़नी जाकरी नहीं होती। इस पुरुष मे स्वयं कहा जाता है कि अस्पत्ति द्वितीय प्रदान उत्तराय दीखते होने की जाती है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से दीखते होनी जड़नी के बाबत विवरण प्रदूषित की है। ऐसी पर इसका द्वारा दीखते होने की जड़नी विवरण का अन्याय होता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इसका द्वारा दीखते होने के इसका सुझा और आवेदन की जाए जिसे दीखते होने की जाए जाती है। इस पुरुष को इस विवरण को जड़नी नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संक्षेप

Dr. Nalinakshi Karan
MPBS, DO, DNB
Reg. No.-63729
"Jasrat Eye Foundation & Research Centre"
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
दास्तावर का नाम व इसकारा का एवं न.

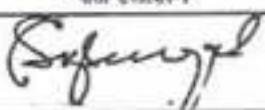

Dr. Nalinakshi Karan

S/No. _____
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद इसका अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राजि उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इसकारा 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इसकारा 2

