

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/11119/2134 APPLICATION DATE : 13/01/2019

NAME of APPLICANT : BASANTI GHOSH AGE-YEARS : 62 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BISWANATH GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : GOVINDPURA KUMBHAKAR PARA, BISHNUPUR RAZARHAT, NORTH 24 PARAGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : DOMESTIC HELP MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2300 x 12 = 27600 (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

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.	BASANTI GHOSH	62	F	SELF
2.	BISWANATH GHOSH	64	M	HUSBAND
3.	PRAKASH GHOSH	33	M	SON

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
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हताक हउर घोषणा करः)

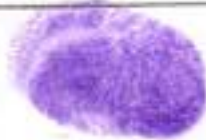
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 मेरे ज्ञानको के अनुसार सत्य एवं सही हैं; यदि कोई विवरण सत्य ज्ञान पर आधारित नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त है, जो केवल उद्देश्य के लिए ही है, प्रारूप में उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए कि जिसके लिए मैंने सहायता मांगी है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रारूप भरा है, इस सहायता का उपयोग या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हताक हउर करः)

- 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 अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्हताक) कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, या सार्वजनिक रूप से वितरण से जुड़ी प्रतियोगिताओं और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता को प्रोत्साहित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का उपयोग मेरे उद्देश्य के पूर्ण करने या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है।
 2) मैं (अर्हताक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित करने के लिए सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों का निर्देश अतिरिक्त और सामग्री होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हताक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल हउर करः)

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्ताक्षर) द्वारा प्रस्ताव से लाभ न उभारकर देते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से उभार लेने के लिए या से हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारूप भरे हुए हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश करने उभार लेने/प्राप्त हेतु किसी और सहायता से सहायता से नहीं लेते/प्राप्त।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त हस्ताक्षर द्वारा सहायता का निर्णय करने उपलब्ध/सिफारिश का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए सहायता में लेने के उद्देश्य हेतु और अपने जाने को सही विधि/परी लेने एवं हस्ताक्षर को लेने और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं लेते।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/11/2019</p>	<p>Dr. Priyanka Chatterjee MBBS, DNB RWB No. 70855 (Name of Doctor, Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के छाप</p>	<p>Sanjay Senkar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्हताक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
