

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1119/2155 APPLICATION DATE: 14/11/2019

NAME of APPLICANT: CHABI DEY AGE-YEARS: 75 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUBODH CHANDRA GUHA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SURYA SEN NAGAR, KARBAN, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 x 12 = 20,400 (Attach Proof of Income)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	CHABI DEY	75	F	SELF
2.	KABITA DEY	46	F	DAUGHTER
3.	ARJUN DEY	42	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

EPL 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 (STICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME \*PURPOSE\* from OTHER SOURCES

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता रिक्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे सहायता मिले "कोशिका फाउंडेशन", तो उसे मैं सही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं सहायता के लिए नहीं हूँ, उस राशि का अधिक या कमतर रिक्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में हूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार से प्रकाशित है, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा अपने उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस प्रकार का विवरण के प्रकाशित करने का मत है करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके अधिकारियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती/अवकाश हेतु अनुरोध किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता के लिए अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से सहायता प्राप्त है कि सहायता सिफारिश करने के लिए सहायता सिफारिश करने का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता का निर्णय करने उपलब्ध/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज प्रारंभ और करने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>21/11/2019</p>	<p><b>Dr. Nainakshi Karan</b> MBBS, D.O, DNB Reg. No.-63729 (Susrut Eye Foundation) Research Centre हस्ताक्षर का नाम या हस्ताक्षर या छाप</p>	<p><b>Shikha Sengupta</b> Director (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--