

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2192 APPLICATION DATE : 16/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : NARAYAN BHOWMICK AGE-YEARS मातृ-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 22 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PRABIR BHOWMICK
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता
144, PIONIC GARDEN ROAD, DELTA JAZZ
BEHARA, KOLKATA 700034, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION : UNEMPLOYED MAJURED (विधवा) / UNMAJURED (अविधवा)
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1900 x 12 = 22800/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्पष्ट संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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.	NARAYAN BHOWMICK	62	M	SELF
2.	PARVATI BHOWMICK	59	F	WIFE
3.	NOLLY BHOWMICK	33	F	DAUGHTER

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

EPL Card
(Attach Card Copy)
महोदय रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)

Ration Card
(Attach Copy)
उपरोक्त कार्ड
(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No.
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से पाए गए पर्चे/प्रतिवेदन सूची संलग्न

1. DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2. SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोतों से लिया गया है?

Sr. No.
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
एतौ गैर सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन जारी राखा गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल इस प्रारूप में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता लेऊंगा और न ही सहायता के लिए प्रार्थना करूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, उक्त "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो या मेरे विवरण के माध्यम से धन संग्रहीत करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए। इस प्रकार की जानकारी का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो या मेरे विवरण के माध्यम से धन संग्रहीत करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी और स्रोत से सहायता लेने का प्रयास करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना की गई है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के अभाव में सहायता लेने का प्रयास करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रारूप में स्वीकार किया जाता है कि सहायता के अभाव में सहायता लेने का प्रयास करने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार या उपचार प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज शुरू और करने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हॉस्पिटल की होंगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>16/11/2019</p>	<p>Dr. Neelish Karan MBBS, D.O. DNB Reg. No. - 93749 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम एवं पंजीकरण नंबर</p>	<p>Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे द्वारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2</p>
	