

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/1210/2889** APPLICATION DATE: **07/12/19**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **JYOTIRMAJ BISWAS** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **68** SEX / लिंग: **M**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **AMAR KANTA BISWAS**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय पता: **SARBANANDA PUR, MURSHEDABAD 741214, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **same as above**



OCCUPATION / व्यवसाय: **UNEMPLOYED** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: **RS 1800 X 12 = 21600/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / आय का प्रमाण संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / हाँ / No / 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.	JYOTIRMAJ BISWAS	68	M	SELF
2.	ASITMA BISWAS	63	F	WIFE
3.	JAYANTA BISWAS	30	M	SON
4.	KAKALI MONDAL	27	F	DAUGHTER
5.	KURELI MONDAL	25	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) / मरीजी रोजा के नीचे प्रत्यक्ष पर (प्रमाण पर की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	--

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची प्रस्तुत करें
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (LEFT EYE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य को हेतु करने अन्य सहायता विधियों अन्य स्रोतों से लिया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि

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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वाचन असाध्य सच्यता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में कभी भी, इस राशि का स्वतंत्र या अप्रत्यक्ष रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही लेना चाहता हूँ।

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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को सुनिश्चित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगे गए, सच्यता के रूप में उद्देश्य से जुड़ी पहचान/प्राप्ति और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरी इलाज के खर्च या कर में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं उन्हें केवल: सहायता का इच्छाशीलता की वजह से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Jyotirmay Biswas

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)

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 अनुमोदित करने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निवेदन की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगे गए, सच्यता के रूप में उद्देश्य से जुड़ी पहचान/प्राप्ति और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Diptesh Das

स्वीकृती के लिये सौंपतुगि

Shib Sankar Bagchi
Director

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Reg. No. - 64686 (WBMC)

M.B.B.S., D.O.

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व इलाका व पता, इ

Shib Sankar Bagchi & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

[Signature]