

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K10120/3238 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 11/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : MANAS CHAKRABORTY AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 58 SEX / लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रिया का नाम : RANADHIR RANJAN CHAKRABORTY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : DHAKURIA, CIRCUS AVENUE, KOLKATA 700031, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय : LABOURER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : RS. 1500 x 12 = 18000/- (Attach Proof of Income) (आप का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप क्या आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) 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 संबंध
1.	MANAS CHAKRABORTY	58	M	SELF

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशम के नीचे आय पर (प्रमाण पर की छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर नीचे आय पर (प्रमाण पर की छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोगता कार्ड (प्रमाण पर की छापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उद्वेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किताबें अन्य स्रोतों से लिये गयी हैं?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास भी हो सकती है।
 - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त करूँगा, जो कि मेरे लिए ही है, इसका उपयोग नहीं करूँगा और मैं इसे किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से नहीं लियेगा और मैं भी नहीं लूँगा।
 - 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँगा, इस रकम का अधिकतम या कमतम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ही लियेगा और न ही लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी छवि को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रारंभित, संचालित एवं संपन्न होने वाले सभी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। ये प्रश्न का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के अंगूठे या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अंगूठे से प्रकाशित करने के लिए सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रश्न में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रारंभित, संचालित और संपन्न की जाएगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान





AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आदेश/उपदेश को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी से होने या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विचारित/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/अनुमति हेतु मंजूर नहीं किया जाय है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि हस्पताल सिफारिश कर उक्त रोगी/रोगिणी हेतु सिफारिश और हस्ताक्षर संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं सहायता लेगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता संगठन वित्तिय प्रकृति की है। उभे पर हस्पताल द्वारा ही सहायता का विवेक एवं प्रशासनिक का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर को सहायता का निशान है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में उभे के हस्ताक्षर सुरक्षित और सही जाने को सही सिफारिश लेने एवं हस्ताक्षर को सहे और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारता इस प्रश्न में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee  (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. Priyanka Chatterjee  (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
