

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0120/3255** APPLICATION DATE: **11/1/2020**  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **BELA CHOWDHURY** AGE-YEARS **47** SEX **F**  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **MULMUL CHOWDHURY**  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **HALTU MAIN ROAD, KOLKATA 700028, WEST BENGAL**  
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**  
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION: **HOUSE WIFE** MAJORED (विधवा) / UNMAJORED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME: **RS. 1700 x 12 = 20,400/-** (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. **स्वयं छात्र संलग्न**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं): **हां / 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	<b>BELA CHOWDHURY</b>	<b>47</b>	<b>F</b>	<b>SELF</b>
2	<b>MULMUL CHOWDHURY</b>	<b>56</b>	<b>M</b>	<b>HUSBAND</b>
3	<b>AKASH CHOWDHURY</b>	<b>29</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए निम्नी आधार

<b>EPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other</b> <b>Basic/Proof</b> अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु निम्ने गने निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रातिपत्र से जारी की गई प्रतिवेदन शृंखला संलग्न
1.	<b>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</b>
2.	<b>SURGERY — RE (SICSTIOL)</b>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिय गया है?

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

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो कोई सहायता प्राप्त हो या सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि सहायता "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग सही उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में सत्य बात है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या प्रत्येक को नहीं हूँ, इस उद्देश्य का आर्थिक या उचित विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से लिया है और या ही पक्षों में हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक 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/post-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 (अर्हक) अपने प्रस्ताव को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट, फंड, बचत/या अन्य स्रोतों से पुरो प्रोत्साहित और प्रचारित करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास करने में सक्षम होंगे। इस प्रकरण का विवरण मेरे प्रस्ताव में शामिल है और मैं अपने को "कोशिका फाउंडेशन" से पुरो प्रोत्साहित हूँ।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रयोग में आने से सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होंगे।

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

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से उभार लेने के लिए हमें सक्षम होना पड़ेगा, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से उभार लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश प्रदान करने के लिए हमें सक्षम होना पड़ेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त हस्ताक्षर करने वाले हस्ताक्षर/प्रक्रिया का चुनाव हमें ही करना है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर करने वाले के द्वारा सुरक्षा और सही करने की सही जिम्मेदारी हमें ही होगी और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अंतिम को करार 11/1/2020	Dr. Priyanka Quatterjee MBBS DNB Reg. No. 10555 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shagoli Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2