

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K/0120/3250** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **11/1/2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **SARALA CHOWDHURY** AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **63** SEX / लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : **BYASDEB BARMA**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय पता : **G CANAL SOUTH ROAD, TANARA, KOLKATA 700015, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION / व्यवसाय : **HOME MAKER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **RS. 1900 X 12 = 22,800/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / पान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को यहाँ से उचित पत्र चिह्नित करें) 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 से क्या संबंध
1.	SARALA CHOWDHURY	63	F	SELF
2.	BYASDEB CHOWDHURY	60	M	SON
3.	ATUL CHOWDHURY	38	M	SON
4.	RAJES CHOWDHURY	34	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन धुनी संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS FTOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता (आय) अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं यह सहायता प्राप्त करूँगा, जो इस प्रश्न में माँगा गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या इसके अंतर्गत कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही सहायता लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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.
- 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.
- इस प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) आवेदन पत्र पर अपने नाम (पूर्व "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसेमंद" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" फाउन्डेशन, फोटो, सम्बन्धित चित्रों द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी देने के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने में सक्षम है। मेरे प्रकार का विवरण मेरी सहायता के अंतर्गत या बाद में करने में मदद "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित कर सकते हैं। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रकार मैं "कोशिका" फाउन्डेशन को प्रोत्साहित करने और जानकारी देने के लिए अधिकृत करता हूँ।

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:
- 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.
 - 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 को अंतर्गत में आवेदन/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हमें वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु नहीं माँगी जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता हेतु सिफारिश/सिफारिश करने के अन्तर्गत में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाती है/असहमत है/सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए हमें सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता प्राप्त करूँगा, जो इस प्रश्न में माँगा गया है।
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को अंतर्गत में आवेदन/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हमें वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु नहीं माँगी जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता हेतु सिफारिश/सिफारिश करने के अन्तर्गत में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाती है/असहमत है/सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए हमें सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>11/1/2020</p>	<p>Dr. Priyansha Chatterjee M.D. (Surg.) Reg. No. - 70555 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Centre हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप, आदि</p>	<p>Shri Sankar Singh Surgical (Name, Designation & 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 भरोसेमंद 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसेमंद 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------