

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0120/3728 APPLICATION DATE: 20/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: AMAR CHATTERJEE AGE-YEARS उम्र-वर्ष: 60 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: RAJAT CHATTERJEE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: V/SR BANESHA MARKET ROAD, NORTH DUMDUM, NORTH 24 PARAGANAS 700132, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: / स्थायी आवासीय पता: AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2200 X 12 = 26400 (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / सर्वे खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / NO हा / 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 सम्बन्ध
1.	AMAR CHATTERJEE	60	M	SELF
2.	RININDRA CHATTERJEE	29	M	SON
3.	RUMPA CHATTERJEE	24	F	DAUGHTER
4.	SITA CHATTERJEE	57	F	WIFE

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

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

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SIEST 102)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्यु फॉर्मल पतः)

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कॉशिका फाउंडेशन", से सही जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं इस प्रारूप को नहीं हूँ, इस बात का अधिक या कमतर विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही ले लिया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यु फॉर्मल)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 का निशान देकर, मैं (अर्शेक) अपने हस्ताक्षर को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, जो "कॉशिका" द्वारा प्रेषित हैं, और, सामान्यतः द्वारा उद्देश्य से कुछेक वित्तियार्थियों और वित्तियार्थियों को दिलाने के लिए किसी भी प्रकार के प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्डों के बिना "कॉशिका फाउंडेशन" से प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्य से प्रचारित करने के लिए प्रेषित करने का अधिकार नहीं है। इस संबंध में "कॉशिका" द्वारा प्रेषित वित्तियार्थियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्यु फॉर्मल)

- 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 और से प्रारूप/रोगी को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तियार्थिता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तियार्थिता किसी भी प्रकार के सहायक या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद/प्रारूप में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उम्मीद के संबंध में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रारूप हेतु किया है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रार्थना विधि अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रारूप नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्रार्थना लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तियार्थिता प्रारूप/रोगी हेतु किसी भी प्रकार के सहायक या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायक प्रारूप वित्तियार्थिता की है। रोगी या हस्पताल द्वारा लेने वाले उपचार/विधि का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य जाने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कॉशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारियां इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्शेक की तारीख 28/11/2020	Dr. Nishu Karon MBBS, DNB Reg. No. 103729 Signature (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप	Emil Basylevich (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शेक ह्यु फॉर्मल)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
--	--