

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0120/3816 APPLICATION DATE : 30/11/2020  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MANGAL BHATTACHARJEE AGE-YEARS आयु-वर्ष : 49 SEX लिंग : M  
आवेदक का नाम

FATHER/SPOUSE'S NAME : SANTOSH BHATTACHARJEE  
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
DUMDUM, NORTH 24 PARAGANNA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1700X12 = 20400/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. क्या खाता संख्या  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर गंभीर का निरूपण करें): 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	MANGAL BHATTACHARJEE	49	M	SELF
2	SURITA BHATTACHARJEE	47	F	WIFE

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रत्यक्ष पर (प्रत्यक्ष पर की छाप प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रत्यक्ष पर (प्रत्यक्ष पर की छाप प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजक कार्ड (प्रत्यक्ष पर की छाप प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 कथन अथवा सहायता प्राप्त है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात को सहायक प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से ही जानता हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या उपाय को नहीं हूँ, इस प्रति का आर्थिक या वस्तु विपरीत किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या जो मिले है और न ही भविष्य में हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 fulfilment 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 या अपने इलाका या अंग्रेजी को रूप सहायक, मैं (आवेदक) अपनी छापने की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एम्ब्लेम, रूप, सफाया रूप उद्देश्य से मुझे प्रेषित करने और सहायक के लिये जानकारी को प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाके के पहले या बाद 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 को कि सहायक के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायक का इलाका नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्ब्लेम उपाय के न्यायी को निर्णय अधिकृत और सहायक को प्रेषित।

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

आवेदक के इलाका या अंग्रेजी 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 & except 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, इलाका को और से सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से यथा न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी और सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिये हेतु है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के लिये सहायक "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है कि। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक सिफारिश/प्रक्रिया हेतु सहायक नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायक स्रोत या किसी अन्य सहायक स्रोत से सहायक हेतु का अधिकृत सुनिश्चित करता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायक उदाहरण के लिये किसी और सहायक स्रोत या किसी अन्य सहायक स्रोत से नहीं सहायक।
  2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे पर हस्पताल द्वारा ही सहायक या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव हेतु एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐसे के इलाका प्रेषित और अपने जाने की सही विधि हेतु ही एवं हस्पताल को हेतु और "कोशिका" को कोई वित्तीय या विधि हेतु इस सहायक में नहीं होता।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिये अनुमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 50/1/2020</p>	<p>Dr. Priyanshu Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. -70555 Sushil Eye Foundation &amp; Research Centre (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्पताल का नाम व इलाका या प्रति र.</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2</p>
	