

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: K/0717/0659		APPLICATION DATE: 17.07.17	
NAME of APPLICANT: PARUL CHATTERJEE		AGE-YEARS: 48	SEX: F
FATHER/SPOUSE'S NAME: HARAN CHANDRA CHATTERJEE			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 40/1 W-A-1, PULIN KHATIK ROAD (TANGRA ROAD), KOLKATA, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: CONTRACT LABOUR			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1200 x 12 = 14,400/-		(Attach Proof of Income)	
PAN No. (If any):			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	PARUL CHATTERJEE	48	F
2.	SANJAY CHATTERJEE	50	M
Relation with Applicant		SELF BROTHER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
EPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE		
2.	SURGERY - LE (3ICS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा भरेगा):

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दया गया होगा तो मेरी प्रार्थना निरास भी हो सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु या भविष्य में नहीं, इस मदद का अतिरिक्त या समतुल्य किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करेगा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटियाँ और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित करें, प्रकाशित करने के माध्यम से धन की मांग करें और/या जानकारी को प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम प्रयोग करें। इस प्रारूप पर मेरे विवरण का प्रयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटियाँ और विवरण को कि प्रार्थना के उद्देश्यों से प्रकाशित है। मुझे स्पष्ट है कि प्रार्थना का अंतिम निर्णय इस समिति में "कोशिका" द्वारा इसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करेगा)**

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से प्रमाणित करने की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे क्योंकि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम घोषणा करते हैं कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" केवल वित्तीय सहायता ही प्रदान करेगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी का उपचार हमारे यहाँ पर ही होगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के बिना हमारे यहाँ पर ही रोगी का उपचार होगा। इसलिए हमारा यहाँ के रोगी के उपचार के लिए हमारे यहाँ पर ही रोगी का उपचार होगा और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृति/निरास का निशान लगाएँ)

ACCEPTANCE
सम्मत

REJECTION
निरास

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/02/18

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No. - 58096
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर का छाप

Shri Sankar Bagchi
Director
Sankar Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SANCTIONED
संस्तुति

REJECTED
निरास

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती हस्ताक्षर 2