

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

K/077/0829

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

02.09.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

BASUDEB CHATTERJEE

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

49

SEX (लिंग)

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

SHIB PRASAD CHATTERJEE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

KNAKSHALLY BATALA, HOUGHLY, CHINSURAH,
71201, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

CONTRACT LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS. 1600 X 12 = 19,200/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (संयुक्त राज्य में)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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 संबंध
1.	BASUDEB CHATTERJEE	49	M	SELF
2.	SUBRATA CHATTERJEE	47	M	BROTHER
3.	KENJIT CHATTERJEE	53	M	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सौकीन रेशन कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विपरीत का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **मिने पु चंगे तः**

- 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, 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मानकर प्रार्थना पत्र भेजा जाये है तो मेरी प्रार्थना सिद्ध की जा सकती है।
- 2) मैं इससे जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीदगी की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पता पड़ा है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रार्थना हेतु मैं अन्यत्र से भी न लूँ, उस लिये जो अतिरिक्त या अलग विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (where not used)

- 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाने, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृत्व" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रकार मैं भौतिक है, उसे "कोशिका" एकत्र, प्रकाशित, प्रसार, प्रकाशक द्वारा प्रदर्शन से सुदूर प्रसारित करने और प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास से प्रयत्न करने के लिए अधिभूत है। ये इस का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पते का पता से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित अधिभूत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के प्रदर्शन से प्रयत्न है भुक्त करता: सहायता का प्रकाश नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकत्र प्रकाशित करने के लिए अंतिम और प्रकाशक द्वारा होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

[illegible]

Asasndale Chatterbox

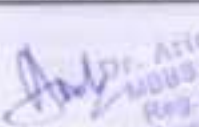
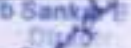
AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH ONE COPY)

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 अधिकतर राजस्थानी को "बोलीया राजस्थानी" से मिली आवाज से ही पहचान की जाती है, जिसे हम (राजस्थानी) फिर उमरा से मान्य व अधिकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निस्तर का विधान लगाये)		ACCEPTANCE सम्मत		REJECTION नसम्मत	
Date of Surgery अपरेशन की तारीख 02.09.17	 MBBS.D.O., FRCS Reg. No.-53098 Koshika Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व उद्दि. नं.		 Shri Sankar Das Director Koshika Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत प्रयोग हेतु					
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED नसम्मत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2	
		