

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1017/1035

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

07.10.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

GURUPRASAD

CHAKROBORTY

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

LATE MAKHANLAL CHAKROBORTY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MISHAN PALLI, RAMKRISHNA PALLY, SONARPUR,
SOUTH 24 PARAGANAS, 700150, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

UN EMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी राजस्व संख्या

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

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

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 के साथ सम्बन्ध
1.	GURUPRASAD CHAKROBORTY	68	M	SELF
2.	KALPANA CHAKROBORTY	62	F	WIFE
3.	ANURAG CHAKROBORTY	36	M	SON
4.	PAVEL CHAKROBORTY	31	F	DAUGHTER IN LAW
5.	ANUSKA CHAKROBORTY	11	F	GRAND DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CHABACT - 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 हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: 20706 05 4948 TX

- DECLARATION by APPLICANT: **डॉ. वि. वि. वि.**
- 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 a 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 माना गया पात्र है तो मेरी आशा है कि मैं यह सच बता रहा हूँ।
- 2) मैं इस बात को आग्रहपूर्वक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रमाण पत्र पर उल्लेख की गई राशि, या उस राशि का जमाव या समतुल्य किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (above on 404)

- 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/republish 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 दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हतापत्रक) अपनी जानकारी को प्रेषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस दस्तावेज में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, अपने-अपने माध्यमों से मुझी प्रचार-प्रसार और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार का प्रयोग कर सकते हैं। मेरा दस्तावेज पर हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हतापत्रक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साक्षात् अपने उद्देश्यों के अंतर्गत है प्रेषित है। साक्षात् का हस्ताक्षर नहीं करता। इस दस्तावेज में "कोशिका" द्वारा प्रेषित न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

[illegible]

Phakralaby

AGREEMENT by HOSPITAL. (FORM DO-400)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kashi Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- (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.

हवाई अधिकृत, हवाईपट्टी की ओर से गगनचोरी को "कॉन्सिडर नाटावेरा" से इतिथि आवाज देते विचारित भी जाती है, जिसे इन (हवाईपट्टी) नियम प्रसार से मान्य न समझा जाये।

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाएं)		ACCEPTANCE सम्तु	REJECTION नसंतु
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07.10.17	Dr. Alok Agrawal MBBS, MD, Ph.D., Eye, FRCR, FRCO Reg. No. 34700 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	Dr. Sankar Begchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED सन्तुष्ट	REJECTED समन्वित	SIGNATURE of TRUSTEE 1 श्रीमान् इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 श्रीमान् इन्द्रधर 2
			