

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. 1

आवेदन संख्या :

K/1078/1078

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13.10.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

USHA CHATTERJEE

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

SHANKAR CHATTERJEE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DHAPA PARA RAIL GATE BASIRHAT,
SONEPUR KURDIPUR BASIRHAT - I, NORTH 24
PARAGANAS, 743410, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का सत्य प्रमाण)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No

हां / 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.	USHA CHATTERJEE	58	F	SELF
2.	SOMNATH CHATTERJEE	35	M	SON
3.	SUKANTA CHATTERJEE	30	M	SON
4.	SOMA CHATTERJEE	24	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने निम्नी 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 (YES + 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 शी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: none on file

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी में सचुदाय सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच बनकर अलग सच बताना है तो मेरी सहमति विना भी यह सचनी है।
- 2) मैं इस से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिली है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से न ही अन्य किसी भी स्रोत से, इस राशि का अतिरिक्त या समकाल विवरण किसी अन्य प्रोडिक्ट/सेवा/इन्सुरेंस कंपनी से न ही प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (unless you wish)

- 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 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 द्वारा या अपनी हस्ताक्षर या मोहरो की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्षी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयक इस द्वारा में उल्लेख है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशक द्वारा प्रसारण से जुड़ी एक्टिविटीयों और इन्फार्मिटीयों में अपने किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में हित अधिकृत है। मेरी द्वारा का विषयक मेरी इच्छा को पूराने या मदद में करने में हित "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषयक को, कि सहायता को प्रदान करने में अधिकृत है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा भरोदारों की निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षणी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
above the space to affix the stamp

AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH DRUGS)

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.

1. अपने अधिवृत्त, इकावती की ओर से गणतंत्रोपेक्षी को "बोलिका फायदेदार" से विविध साधना हेतु निवर्तित की जाती है, जिसे इन (इकावती) विन प्रकाश से मान्य व स्वीकारा जाता है। यह कि न तो बोलिका और न ही अधिवृत्त से विविध साधना किसी भी सावधानी से मान्य या किसी अन्य उद्योग से प्रकाश लेने के लिये या तो नहीं है, बल्कि कि इनके "बोलिका फायदेदार" से निवर्तित/निवर्तित प्रकाश से मान्य से "बोलिका फायदेदार" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "बोलिका फायदेदार" द्वारा साधना निवर्तित/निवर्तित हेतु प्रकाश की विधि प्रकाश है तो अन्ततः किसी अन्य भी सावधानी से मान्य या किसी अन्य अन्ततः से साधना लेने का अधिवृत्त सुनिश्चित प्रकाश है। इस प्रविष्टि से स्पष्ट प्रकाश प्रकाश है कि अन्ततः विविध गहरा प्रकाश लेने हेतु किसी भी सावधानी से मान्य या किसी अन्य साधना से नहीं लेना/लेनी।

2. "बोलिका फायदेदार" से तो यह साधना से मान्य विविध प्रविष्टि की है। लेनी या इकावती द्वारा ही यह प्रकाश या विन से अन्ततः/अन्ततः या प्रकाश लेनी एवं इकावती से मान्य या विन है और "बोलिका फायदेदार" द्वारा किसी प्रकाश का कोई प्रकाश नहीं है। इसलिये इकावती से लेनी से प्रकाश प्रकाश और अन्तः प्रकाश की सभी निवर्तित/लेनी एवं इकावती की लेनी और "बोलिका" की कोई अधिवृत्त या निवर्तित/लेनी प्रकाश से नहीं लेनी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का चिह्नन लगाने)		ACCEPTANCE सम्क		REJECTION सम्क	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13.10.17	 Dr. K. Ghosh MBBS, DGO, DNB, FRCS Reg. No.-50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व एडि. नं.		 Dr. Sankar Bagchi Director Surgical Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION खसतीक सम्पदन हेतु					
SANCTIONED सम्क	REJECTED सम्क	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2	
					