

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 Foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: K/0118/1665

APPLICATION DATE: 06/01/18

NAME of APPLICANT: CHHOTELAL CHOWDHURY

AGE-YEARS: 71

SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BI CHOWDHURY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 10, PEDIADANGA, MASIP BARI, BYE LANE,

RESIDA, SOUTH 24 PARGANAS, 700037,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: UNEMPLOYEE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्पष्ट खाल में भरें

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

Yes / No

क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	CHHOTELAL CHOWDHURY	71	M	SELF
2.	CHANDMANI CHOWDHURY	63	F	WIFE
3.	ANJALI CHOWDHURY	40	F	DAUGHTER
4.	AKUNAL CHOWDHURY	37	M	SON
5.	AJAYLAL CHOWDHURY	134	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के निम्ने विधि अपनाएं

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS 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 किये गये विपरीत 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 (SICS PROC)

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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **जारीक हात भोरण पर:**

- 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 कतार दूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निराश की जा सकती है।
- 2) मेरी कतार है कि सहायता यदि "कौशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं इस सहायता हेतु या अत्यंत की गई है, उस पर किसी भी और किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो रिफंड है और या ही रिफंड में लौटूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (attach this work)

- 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/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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर जहाँ इसका जवाब देने की जगह उपलब्ध है, मैं (अर्हक) अपनी सहाय्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, वाचनायक द्वाये उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने की शक्ति अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इसका जवाब के पत्रों या पत्र में करने की शक्ति "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहाय्य के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहाय्य: सहाय्य का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिक से अधिक से अति से अधिक



AGREEMENT by HOSPITAL (병원장 인감) _____

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.

क्योंकि लीजिए, हमारा ही नहीं बल्कि मेरे भाइयों/बहनों को "अमेरिका का आगमन" से विविध संसाधन से विपरीत की जाती है। जिसे हम (इसका) सिर्फ प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अन्तिम में विहित सहायक किसी नैसर्गिकी संस्था का किसी अन्य संस्था से उच्च लेवेल पर होने में होने या तो हो है, जैसे कि अपने "कोशिका पर्यावरण" में विपरीत/विपरीत उच्च की सम्पूर्ण में "कोशिका पर्यावरण" द्वारा गहरा हो कि है। यदि "कोशिका पर्यावरण" द्वारा सहायक विहित अन्तिम/सहायक होतु मन्दु नहीं किया जाता है तो सम्पूर्ण किसी अन्य नैसर्गिकी संस्था का किसी अन्य सम्पूर्ण में सहायक होने का अन्तिम/सहायक पुष्टि करता है। इस पृष्ठ में उपर्युक्त कहा जाता है कि सम्पूर्ण विहित गहरा उच्च लेवेल पर होने किसी नैसर्गिकी संस्था का किसी अन्य सम्पूर्ण में नहीं होगा/होती।

2. "बोलिका पाठ्यपुस्तक" से जी र्व साधारण बोलचाल मिलित प्रकृति की है। ऐसी या सम्मिलित रूप से जी र्व बोलचाल या किसे जी र्व उपचारप्रक्रिया का सुफल होने एवं सम्मिलित से जी र्व का विचार है और "बोलिका पाठ्यपुस्तक" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए सम्मिलित में ऐसी में प्रभाव सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं सम्मिलित को होती और "बोलिका" को कोई प्रभाव या जिम्मेदारी इस पत्रिका में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery 06/01/18	Dr. Atok Agrawal M.D., Ph.D., D.E., FMRP, FSNEC (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाथर का नाम व इम्प्रेसन व दिनांक	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इम्प्रेसन अधिपक्ष अधिकाारी
-----------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपकरणे

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય હરદાસ ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય હરદાસ ૨
	