

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0718/0649
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 03/08/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SUSHIL KUMAR CHAKRABORTY
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 72
SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LALIT KUMAR CHAKRABORTY
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SARAT BASE COLONY, KHARDAH, RAHARA, NORTH 24 PARGANAS, FOOT 8, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: UNEMPLOYED

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)

PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	SUSHIL KUMAR CHAKRABORTY	72	M	SELF
2.	SABITA CHAKRABORTY	66	F	WIFE
3.	SOMNATH CHAKRABORTY	44	M	SON
4.	RINA CHAKRABORTY	41	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निती का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS-CATARACT-LE
2.	SURGERY-LE (SIC8710L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु पर भविष्य में कभी भी, उस राशि का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कंपनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- 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 to 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 प्रकरण पर अपने इलाका या अंग्रेजी की भाषा सलाहकार, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एगन्सिबिलिटी, दान, चर्चा/प्रचार हेतु उद्देश्य से दूरदर्शन, रेडियो, अखबार, पत्रिकाओं के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी घोषणा का अर्थ यह है कि "कोशिका फाउन्डेशन" मेरी सहायता के लिए मेरी तस्वीरों का उपयोग कर सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, वे स्वतंत्र रूप से सहायता या इलाका नहीं बनाएंगे। इस सम्बंध में "कोशिका" एगन्सिबिलिटी के निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इलाका या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्पताल की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से घोषणा व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिये मांगी जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाएगी, तो हमें सहायता के अभाव को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा का अर्थ यह है कि हमारा हस्पताल सिफारिश करने वाले रोगी/रोगी के इलाका को पूरा करने के लिए स्वतंत्र रूप से सहायता या इलाका नहीं बनाएंगे।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो कि इस प्रकरण में मांग किया गया है। इस सम्बंध में "कोशिका" एगन्सिबिलिटी के निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होंगे।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)

ACCEPTANCE
सन्तु
REJECTION
रन्तु

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
03/08/18

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SANCTIONED सन्तुति	REJECTED रन्तु	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2