

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building blocks of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

K.1128/1847

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

10/12/18

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

GITA CHOWDHURY.

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

68

SEX लिंग

F.

FATHER/SPOUSE'S NAME :
पिता/सहोदर का नाम

DILIP CHOWDHURY.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

1E JAYO MITRA LANE, SHYAMBAZAR MAIL,
KOLKATA 700004, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE.

OCCUPATION :
व्यवसाय

HOUSE WIFE.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NIL.

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न लगाएं)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	GITA CHOWDHURY	68	F	SELF.
2.	DILIP CHOWDHURY	70	M	HUSBAND.
3.	DIPAK CHOWDHURY	35	M	SON
4.	MANESH CHOWDHURY	31	M	SON
5.	RAHEL CHOWDHURY	29	F	DAUGHTER.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय का (आय का नीचे आय का प्रमाण पत्र)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय का नीचे आय का (आय का नीचे आय का प्रमाण पत्र)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय का नीचे आय का प्रमाण पत्र)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी को यह प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE.
2.	SURGERY - LE (CICUT 10L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई यह सहायता पुरा

DECLARATION BY APPLICANT: none de none xx

- 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 धीरे धीरे बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में पूछे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना सिद्ध की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का आश्वासन दूँगा "कीविलेज फंड-रेलेशन", से जो पैसा मिलेगा, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा ही पूछे गये विवरण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ बता रहा हूँ कि मैं इस प्रार्थना से पहले या बाद में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से या जो भी पैसा मिलेगा और मैं ही उस पैसा का उपयोग करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (under the seal)

- 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/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 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 फार्म पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ से सहमत हो चुकता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करने (कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस फार्म में उल्लिखित है, इसे "कोशिका" दुरुपयोग, धन, सामग्री द्वारा सहयोग से भुगतान की शर्तों पर प्रचारित करने के लिए अधिकृत है।) कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों के द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का समझता हूँ कि फाउंडेशन को मेरे नाम या पता से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रचारित करने के लिए फाउंडेशन को अधिकृत करने के लिए फाउंडेशन का हस्ताक्षर होना चाहिए। इस मामले में "कोशिका" दुरुपयोग भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अभिलेख के प्रमाण के संकेत का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (युद्धम हॉस्पिटल)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हवाई अधिकार, हवाईपट्टी की ओर से पालायेरदेवी की "बीडिंगर सार्वजनिक" से मिलित सार्वजनिक हंगु विभागीय की जाती है, जिसे हंगु (हवाईपट्टी) निम्न प्रकार से नाम से उल्लिखित करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

સર્વોચ્ચની એ લિપ્ત સંમતિ

Date of Surgery 10/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, DNB, FRC-S (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) Extraordinary Surgeon & Director	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) 100 100 100000 100000
-----------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION ॐ श्री गुरुभ्यो नमः ॐ

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય શ્રીમદ્દાસ શાસ્ત્રી	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય શ્રીમદ્દાસ શાસ્ત્રી
	