

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: K/1218/1526		APPLICATION DATE: 10/12/18			
NAME of APPLICANT: SUSHANTA KUMAR CHAKRABORTY.		AGE-YEARS 51	SEX M.		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PROMOTHNATH CHAKRABORTY.					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS MAHESHPATA, BARUA PARA OLD KALITARA, BANGALURU, NORTH W. MARGANATH, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: UNEMPLOYED.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. SPAY					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): ☒ 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.	SUSHANTA K. CHAKRABORTY	51	M	SELF	
2.	KALINDI CHAKRABORTY	67	F	WIFE	
3.	RANA CHAKRABORTY	22	F	DAUGHTER.	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गये विषय का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्मानुसंधान से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSTIC - CATARACT - Re.				
2.	SURGERY - Re (Cataract)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पाया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया है तो मेरी प्रार्थना निरास हो सकती है।
- 2) मैं इस बात का गम्भीरतापूर्वक "बोलीका फाउंडेशन", से जो भी मदद है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही करूँगा, जिसके लिए मैंने मदद माँगी है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी, इस मदद के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद माँगी है और मैं इसे भी नहीं माँगा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 its 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 प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "बोलीका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "बोलीका" द्वारा प्रसारित करें, प्रकाशित करें, प्रसारित करें या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करें, जिससे दानों को माँगा जा सके और/या जानकारी प्रसारित की जा सके।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने से मुझे इस मदद का अधिकार नहीं मिलता। इस मदद के लिए "बोलीका" द्वारा उठाई गई निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ 엄指 छाप

AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, इससे नीचे की ओर से प्रमाणित करने वाले "बोलीका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी भी मामले के लिए माँगी है, जहाँ हमें मदद माँगी है, जहाँ हमें मदद माँगी है, जहाँ हमें मदद माँगी है।
- 2) "बोलीका फाउंडेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच होता है, जो किसी भी प्रकार से "बोलीका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं होता है। इसलिए, हॉस्पिटल को रोगी के उपचार, सुरक्षा और सफलता के लिए पूरी जिम्मेदारी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए योग्यता

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O, DNB, FRCS (Name of D.O. & Regd. with Stamp) Surgical Eye Foundation, Kolkata	Shib Sanhar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) अपन पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आजी इलाहाबाद	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आजी इलाहाबाद