

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/128/1868

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

GOPAL CHAKRABORTY

AGE-YEARS आयु-वर्ष

52

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

PRABHASH CHAKRABORTY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

44/5H/16, MUDARI DUKUR ROAD, KANKURBACHHI, KOLKATA 700054, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs. 1800 x 12 = 21600/-

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : स्थायी आय प्रमाण

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मध्य हो उस पर सही का चिह्न दें)

Yes / No

हाँ / 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.	GOPAL CHAKRABORTY	52	M	SELF.
2.	RABI CHAKRABORTY	49	M	BROTHER.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विपरीत का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन जो चिकित्सीय प्रमाण पत्र के रूप में संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L.E.
2.	Surgeon - L.E (Scleritis)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

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

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 प्रारण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं इसे सही प्रमाण प्रस्तुत कर दूंगा।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारण में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस रकम का कोई भी हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकृति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-upreproduce 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 प्रारण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारण में घोषित करें, उक्त "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, समाचार पत्रों, अर्पण से मुझे चिकित्सीय और वित्तीय सहायता के लिए किसी भी उपाय का उपयोग कर सकें।

2) मैं (अर्शक) इससे स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इससे मेरी "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, समाचार पत्रों, अर्पण से मुझे चिकित्सीय और वित्तीय सहायता के लिए किसी भी उपाय का उपयोग कर सकें।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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 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.

हस्ताक्षर करके, हमारा स्वीकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से चिकित्सीय सहायता हेतु विनियमित की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निराश्रित रूप से प्राप्त कर सकेंगे।

1) यह कि मैं या मेरा अधिकृत हस्ताक्षर करने वाला कोई भी व्यक्ति अन्य स्रोत से उस रकम के लिए नहीं ले रहा है, बल्कि मैं इसे "कोशिका फाउंडेशन" से विनियमित रूप से प्राप्त कर रहा हूँ। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमारा हॉस्पिटल अपने आप से इस रकम को पूरा करेगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसे हम (हॉस्पिटल) अपने आप से पूरा कर सकेंगे। हम (हॉस्पिटल) अपने आप से सहायता के लिए किसी भी स्रोत से सहायता नहीं ले रहे हैं। हम (हॉस्पिटल) अपने आप से सहायता के लिए किसी भी स्रोत से सहायता नहीं ले रहे हैं। हम (हॉस्पिटल) अपने आप से सहायता के लिए किसी भी स्रोत से सहायता नहीं ले रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अर्शक की तारीख 10/12/18	Dr. S. C. MBBS, DCC (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Sudarshan Eye Foundation & Research Centre	Shib Sanker Begchi (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) एन ए एन हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आचार्य 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आचार्य 2
[Signature]	[Signature]