

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No. : K/1248/1900		APPLICATION DATE : 11/12/18			
NAME of APPLICANT : MUNNI CHANDHURY.		AGE-YEARS 66	SEX F.		
FATHER/SPOUSE'S NAME : RAMU CHANDHURY.				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 76/11, ABUJA HILL LANE, KOLKATA WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -					
OCCUPATION : HOUSE WIFE.					
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)		Yes / No			
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	MUNNI CHANDHURY	66	F.	SELF	
2.	RAMU CHANDHURY	69	M	HUSBAND	
3.	RAMU CHANDHURY	41	M	SON	
4.	LENU CHANDHURY	29	M	SON	
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:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
1. TRABAGWALA - CATARACT - R.					
2. SURGERY - R. (Cataract)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
NAME of OTHER SOURCE					
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED					

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्य मानता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही सीमा में मुआवजे का लाभ प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दूर, सार्वजनिक स्थानों पर या किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निशान मेरे प्रार्थना के पत्रों या पत्रों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिबंध के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है। इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर या अंगूठा करने पर "कोशिका" द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिबंध के प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना किसी (हस्पताल) निरूपण के नाम से स्वीकार करते हैं।

1) यह कि मैं या मेरा हस्ताक्षर और मैं ही सीमा में वित्तीय सहायता नहीं कर सका। हमारे पास यह निश्चित है कि अन्य स्रोतों से प्राप्त सहायता के लिए हमें कोई भी स्रोत नहीं है, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अर्थ में हम यह कह सकते हैं कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा सहायता के लिए प्रार्थना करने के लिए हमें कोई भी स्रोत नहीं है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हस्ताक्षर करने की पूर्ण शक्ति है और हमें सहायता के लिए प्रार्थना करने के लिए हमें कोई भी स्रोत नहीं है। हमारे पास यह निश्चित है कि अन्य स्रोतों से सहायता लेने के लिए हमें कोई भी स्रोत नहीं है। हमारे पास यह निश्चित है कि अन्य स्रोतों से सहायता लेने के लिए हमें कोई भी स्रोत नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/12/18	Dr. Ghosh MBBS, DNB, FRCS (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) Susrat Eye Hospital & Research Centre	Shib Sankar Regothi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) एन व एन हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: हस्ताक्षर 2
	