

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: K/128/1934		APPLICATION DATE: 12/12/18		
NAME of APPLICANT: BABAL BHATTACHARYA		AGE-YEARS: 67	SEX: M	
FATHER/SPOUSE'S NAME: UMAKANTA BHATTACHARYA				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SUBHASANGRAH CHANDITALE PARK, KATAPUR, SOUTH 24 PARGANAS, HOOGHLY, WEST BENGAL.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS (संलग्न विवरण)				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	BABAL BHATTACHARYA	67	M	SELF
2.	UMAKANTA BHATTACHARYA	67	M	WIFE
3.	TANU BHATTACHARYA	33	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Card Copy)	Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
1. DIAGNOSIS - CATARACT L				
2. SURGERY - L (CATARACT)				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 यहाँ 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 इस प्रपत्र निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस घोषणा पत्र पर "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी रूप में, इस रकम या कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो भुगतान लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में दी गई हैं, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यादों, चर, कपड़ों, चित्रों, प्रसारणों से मुझे प्रचारित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम होंगे।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस प्रपत्र में दर्ज करने से मुझे इस सहायता का प्रदान करने की अनुमति नहीं देगा। इस मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता को जारी रखने और न करने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मदद न ले सकते हैं:

- 1) यह कि न तो कोशिका और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से मदद ले सकते हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए हमें मांग रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से मदद नहीं मिलती है, तो हमें अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से भरना पड़ेगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और सुरक्षा के मामले में हमें कोशिका फाउंडेशन से कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। हमारे पास कोशिका फाउंडेशन से कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास कोशिका फाउंडेशन से कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। हमारे पास कोशिका फाउंडेशन से कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 12/12/18	Dr. Hari Shanker Nag MBBS, DLO (OPHTH) (Name of Dr. & Design. No. with Stamp) Koshika Foundation & Research Centre	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital/Research Centre)
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: इलाहा 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: इलाहा 2
--	--