

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: K/1218/1948		APPLICATION DATE: 12/12/18			
NAME of APPLICANT: TAPAN BHATTACHARJEE		AGE-YEARS: 62	SEX: M.		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SURENDRA LAL BHATTACHARJEE					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: ASHAPALLY, BARASAT, SOUTH 24 PARGANAS, HOOGLY, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)			
PAN No. (आप का PAN नंबर)					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No			
आप आय कर का दावे हैं (को मानें जो उस पर सही का विवरण देंगे)		हां / 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 आपसे संबंध	
1.	TAPAN BHATTACHARJEE	62	M	SELF	
2.	SURENDRALAL BHATTACHARJEE	52	F	WIFE	
3.	SURAN BHATTACHARJEE	15	M	SON	
4.	CHANDRIKA BHATTACHARJEE	24	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रमाणित सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS- CATARACT L.E.				
2.	SURGERY- L.E (CATARACT)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता राशि			

DECLARATION BY APPLICANT: none yet none yet

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में मैंने सही जवाब देकर सच कहा है। यदि कोई झूठा बयान दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का आश्वासन देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", जो मुझे सहायता देगा, वह केवल उसी उद्देश्य के लिए ही दिया जाएगा, जो इस प्रश्न में मैंने बताना था।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से इस सहायता के लिए किसी भी प्रकार का प्रतिपूर्ति नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (ending the work)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रश्न का उत्तर इसका या नहीं के तहत उत्तर दें, मैं (अर्शक) अपने छात्रों को यह प्रश्न है कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता है कि वे प्रश्न, नाम, पते और के बिना इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा छात्रों, घर, सम्पत्ति द्वारा उत्तरों में मुझे सीमित/नहीं और उत्तर/नहीं के लिए किसी भी प्रकार का लाभ से उत्पन्न करने में लिए अधिकृत है। वे प्रश्न का बिना में इसका के छात्रों या घर से करने में लिए "कोशिका फाउंडेशन" व छात्रों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत है कि वे प्रश्न, नाम, पते और बिना के बिना छात्रों के उत्तरों से उत्पन्न है कि छात्र: छात्रों का इस्तेमाल नहीं करता। इस छात्रों में "कोशिका" द्वारा उत्तरों छात्रों का बिना सीमित और सम्पत्ति होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकांश के प्रभाव पर कोई भी विचार



AGREEMENT by HOSPITAL (TAXPAYER'S USE)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Signatory) 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 अड्डा पर, हवाईपथी की ओर से आनेवाले लोगों को "बीजिंग का आम्बेडर" से मिलिए आश्वासन दें। नियमित भी आते हैं, बिना वृत्त (हवाईपथी) बिना प्रकाश से आने व लौटने आते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वामीजी के विषय संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	Dr. Hari Shanker Nag MBBS, DCO (OPHTH) (Name of DHA Doctor Not with Stamp) डॉ. हरी शंकर नाग DHA Doctor Not with Stamp	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. स. ब. बसु Director KSHIKA FOUNDATION
FOR INTERNAL USE of KSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रुस्टी इन्साल 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रुस्टी इन्साल 2	
		