

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : W/1218/1951 APPLICATION DATE : 10/10/18
आवेदन क्रमांक : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : PAPIYA CHAKRABORTY. AGE-YEARS 43 SEX F.
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUDHIR CHAKRABORTY
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS 101 BISHENJAGAR TITAGARH NORTH WY
KARGANAR HOUSING WEST BANGALORE

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : HOUSE WIFE. MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. XXXX XXXX XXXX
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
आप आय करदाता हैं (को वही टिक करें जो लागू है) 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 से क्या संबंध
1.	<u>PAPIYA CHAKRABORTY</u>	<u>43</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>SANJAN CHAKRABORTY</u>	<u>50</u>	<u>M</u>	<u>HUSBAND</u>
3.	<u>SOHINI CHAKRABORTY</u>	<u>17</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>
4.	<u>ARUN CHAKRABORTY</u>	<u>16</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि अपनाएं

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) एचपीसी कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (आय पर भी ध्यान देते हैं)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एचएससीसी का प्रमाण प्रस्तुत करें (आय पर भी ध्यान देते हैं)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) आपूर्तिकर्ता कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (आय पर भी ध्यान देते हैं)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लाने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्मानुसंधान/दवाखाने के कार्डों का प्रमाण प्रस्तुत करें
1.	<u>DIAGNOSIS- CATARACT- R.</u>
2.	<u>SURGERY- R. (ECST+IOL)</u>

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता मिली है या नहीं के विषय में जानकारी दें

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य सहायता का स्रोत	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED कितनी सहायता मिली है

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थक द्वा गैरक पत्र)

- 1) I hereby declare 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही सचवादी हैं। कोई भी झूठा विवरण मेरा प्रश्न अथवा मदद को खारिज करने योग्य करेगा।
- 2) मैं यहाँ यकीनपूर्वक रूप से कहता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ यकीनपूर्वक रूप से कहता हूँ कि मैंने भविष्य में अपने पूरे भुगतान के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं मांगी है और न ही मैंने ऐसा करने का इरादा रखा है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वा गैरक)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्थक) यहाँ यकीनपूर्वक रूप से कहता हूँ कि मैंने "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को सौंप दिया है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में बताने के लिए, जैसे "कॉशिका" द्वारा, प्रकाशित करने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों के माध्यम से, कॉशिका फाउंडेशन और/या इसके गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार की मदद के प्रसारित करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" को सौंप दिया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वा गैरक)

- 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.
- इसके अतिरिक्त, हम यहाँ यकीनपूर्वक रूप से कहते हैं कि हम "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश नहीं करते हैं, यदि हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रदान करने वाले हैं।
- 1) मैं यहाँ यकीनपूर्वक रूप से कहता हूँ कि मैंने "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश नहीं की है, यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो मैंने "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश नहीं की है।
 - 2) "कॉशिका फाउंडेशन" की सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और सुरक्षा का फैसला रोगी और "कॉशिका फाउंडेशन" के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो "कॉशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रभावित नहीं होता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अर्थक की तारीख</p> <p>12/12/18</p>	<p>Dr. Shankar Bagchi MS, (OPHTH) No. 85456 Specialty Centre</p> <p>(Name of Dr. & Begin. No. with Stamp) अर्थक का नाम, प्रारंभिक संख्या और छाप</p>	<p>Shankar Bagchi (Name, Designation & Office of Authorized Signatory Special Eye Fee before of Hospital) अर्थक के नाम, पद, इकाई और अतिरिक्त जानकारी</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अर्थक के लिए उपयोग के लिए)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्थक 1 का हस्ताक्षर</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्थक 2 का हस्ताक्षर</p>