

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/1218/1979**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **13/12/18**

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम: **KALPANA BHATTACHARJEE**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **75**

SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **SADHAN BHATTACHARJEE**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता

4/88 CONVENT LANE, MITHUNAL SPORTING CLUB, TANGRA, KOLKATA - 700014, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION / व्यवसाय: **HOUSE WIFE**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **NIL**

(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदनकर्ता के साथ संबंध
1	KAIL DATA BHATTACHARJEE	75	F	Self
2	SADHAN BHATTACHARJEE	75	M	Spouse
4	GIRINESH BHATTACHARJEE	41	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए किसी आधार का चिह्न लगाएं

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे आय का प्रमाण पत्र (आय पर की जांच की जा सकती है)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय का प्रमाण पत्र (आय पर की जांच की जा सकती है)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग कार्ड (आय पर की जांच की जा सकती है)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गए किसी का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/दवाखाने से जारी की गई दवा/उपचार सूची प्रमाण
1	DIAGNOSIS - ANAEMIA - RA
2	SURGERY - RA (SKELETAL)

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 / वही राशि प्राप्त करी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थात् दाता व्यक्ति)

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाये तो इस आवेदन को खारिज कर दिया जा सकता है।
- मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल करूँगी, जो इस आवेदन में उल्लेखित है।
- मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो लेना चाहूँगी और न ही लेना चाहूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् दाता व्यक्ति)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-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 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.
- 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.

- इस आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्थात् दाता) कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों को "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को लिखित रूप में स्वीकार करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में उल्लेखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं।
- मैं (अर्थात् दाता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थात् दाता का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (अर्थात् दाता व्यक्ति)

- 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:
- 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.
 - 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.
- इसके अतिरिक्त, हमारा यहाँ अंगूठे का निशान देकर "कोशिका फाउंडेशन" को लिखित रूप में स्वीकार करते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न उद्देश्य के लिए सहायता मांग रहे हैं।
- यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता मांग रहे हैं, जो कि हमें वही सहायता देने के लिए प्रोत्साहित करेगा, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रोत्साहित करेगा।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चयन दाता और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है। हस्पताल को ही सहायता देने के लिए प्रोत्साहित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षा की तिथि 13/12/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55177 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) स्वीकृति के लिए संस्तुति के लिए डॉ. के नाम	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे डॉ. के हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आरोपित 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आरोपित 2