

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. /
आवेदन संख्या : K/1218/2077APPLICATION DATE : 18/12/18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम GOPAL CHAKRABORTY

AGE-YEARS मास-वर्ष 75

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम BIMAL CHAKRABORTYPRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास
20/1 JAGENDRA NATH GHOSAL ROAD, KEMBARHAN,
ARIDHHA, NORTH 24 BAGANAS, JAGOS 2,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. (आपका पास है)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / No
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 आवेदक के साथ संबंध
1.	GADAL CHAKRABORTY	85	M	SELF
2.	DEBASIS CHAKRABORTY	51	M	SON
3.	SUBHASIS CHAKRABORTY	27	M	SON
4.	HANAYISH CHAKRABORTY	14	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	TRAGNOSU - CATARACT-LE
2.	SUGAR - 1g (SUGAR)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED वी गई सहायता राशि

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनाने वाला पत्राचार या अन्य प्रकार का है तो उसे वापस किया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रपत्र के लिए या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या किसी भी अन्य व्यक्ति से मदद नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

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/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.

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 avail 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 (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिए या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

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 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.

इससे अधिकृत, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए निवेदन कर रहे हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से निवेदन कर रहे हैं, जिससे हमें वित्तीय सहायता मिले। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें वित्तीय सहायता नहीं देता, तो हमें अपने वित्तीय सहायता के लिए अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता ले रहे हैं, जो कि हमारे वित्तीय सहायता के लिए सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे डॉक्टर को इस वित्तीय सहायता का उपयोग करने का अधिकार नहीं है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिये गए वित्तीय सहायता के लिए हमें या हमारे डॉक्टर को कोई भी जिम्मेदारी नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए योग्यता

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/12/18

Dr. Ajay Agrawal
MD, MS, FRCS(Ed), FRCS(Sp)
FRCR, FRCS(Plast)

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हॉस्पिटल का नाम व डॉक्टर का नाम

Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

on behalf of Hospital

हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आजी इश्वर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आजी इश्वर 2