

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/0110/2235

APPLICATION DATE: 03.01.2019

NAME of APPLICANT: MANATA CHAKRABORTY

AGE-YEARS अनु-वर्ष

52

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME: BIBHUTI BHUSHAN MISHRA

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GHOLA ROAD, PRASANTA NIGAR, KALIPARA
BARASAT-1 NORTH 24 PARGANAS 700124
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: HOUSE WIFE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. पान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो 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.	MANATA CHAKRABORTY	52	F	SELF
2.	SANTOSH CHAKRABORTY	45	M	HUSBAND
3.	SUMIT CHAKRABORTY	21	M	SON
4.	SANTONU CHAKRABORTY	26	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विस्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	SURGERY RE (STCST-104)

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 शी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: WITNE DU NÔTRE TR.

- 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 कबल तब तक ही इस प्रश्न में 'हाँ' या 'नहीं' का जवाब दे रहा हूँ कि मैंने इस सहायता को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही माँगा है। यदि कोई सहायता प्राप्त करने के लिए माँगी गई है तो मैंने सहायता प्राप्त की है।
- 2) मैं यहाँ पर कबल तब तक ही इस प्रश्न में 'हाँ' या 'नहीं' का जवाब दे रहा हूँ कि मैंने इस सहायता को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही माँगा है। यदि कोई सहायता प्राप्त करने के लिए माँगी गई है तो मैंने सहायता प्राप्त की है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल तब तक ही इस प्रश्न में 'हाँ' या 'नहीं' का जवाब दे रहा हूँ कि मैंने इस सहायता को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही माँगा है। यदि कोई सहायता प्राप्त करने के लिए माँगी गई है तो मैंने सहायता प्राप्त की है।

AGREEMENT by APPLICANT (unless you want)

- 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/print-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 या अपने हस्ताक्षर या अंगूठी छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को मुद्रित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्राताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् भ्राता, दान, कार्यक्रम द्वारा उद्देश्य में मुझे वित्तियोग्य और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाश करने में लिख अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण यही हस्ताक्षर के पत्रों या कार्ड के कार्ड के लिख "कोशिका फाउंडेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि वेद नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रकाशकों उद्देश्यों में प्रेषित है मुझे प्रत्येक: प्रकाशकों का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके भ्राताओं का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ਸਰੋਤ: ਡਾ. ਹਰਜੋਤ ਕੌਰ



AGREEMENT by HOSPITAL (PLEASE DO NOT)

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 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.

हमारे जीवनकाल, इलाका की ओर से गानेलेखनी को "कलितिका चरमबंसल" से विविध सहायता हेतु निगरानि की जाती है, जिसे हम (हमसाल) निम्न प्रकार से मान्य व समीकार करते हैं:

1. यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित प्रावधान किसी भी सरकार को संविधान या किसी अन्य क़ानून से उसका ऐंटीफ़ैसाली में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कॉलिका फ़ाउन्डेशन" ने निवर्तित/विनिवृत्त उस के समक्ष में "कॉलिका फ़ाउन्डेशन" द्वारा ग़दर हेतु कि है। यदि "कॉलिका फ़ाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य विधि अतिरिक्त/अवगत हेतु पाबुद गयी किण जता है तो अग़लत किसी अन्य नैर सरकार को संविधान या किसी अन्य सम्राचन से साक्ष्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अग़लत इतिहास ग़दर उसा ऐंटीफ़ैसाली हेतु किसी नैर सरकार को संविधान या किसी अन्य साक्षन से ग़री लंपार/लंगरी।
2. "कॉलिका फ़ाउन्डेशन" से ले लेई साक्ष्य कोक विहित प्रकृति की है। ऐंटीफ़ैसाली या इन्फ़ैसाली द्वारा ये ग़ई साक्ष्य या किने गये उपचार/प्रक्रिया का सुचन ऐंटीफ़ैसाली या इन्फ़ैसाली के बीच का विषय है और "कॉलिका फ़ाउन्डेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई दखल ग़री है। इतिहास इन्फ़ैसाली में ऐंटीफ़ैसाली द्वारा साक्ष्य सुनना और अपने अपने को ग़री विनिवृत्ती ऐंटीफ़ैसाली को ऐंटीफ़ैसाली और "कॉलिका" को कोई अधिकार या विनिवृत्ती इस मामले में ग़री होले।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्त्रीश्रुती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अक्षरों की तारीख 03-01-2019	 Alok Agrawal BBS, MS, Ph.D (Eye) FMRP (Name of Dr. & Register with Stamp) डा. अलोक अग्रवाल एम.बी.बी.एस.	 Shish Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. शिशु संकर अग्रवाल, निदेशक, अक्षरों के केंद्र
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

मानवीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	