

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता देने आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K/0119/2689	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	21/06/19	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	PRATEEMA CHAKRABORTY	AGE-YEARS वय-वर्ष:	51	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पितृ/स्त्री का नाम:	RANJIT CHAKRABORTY	SEX लिंग:	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक संरक्षित पत्ता 18 BILBO GARDEN TOWNSHIP TITAGARH NORTH 24 PARAGANAS 700019 WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी वासान्त्रिक पत्ता - AS ABOVE -				
OCCUPATION: पेशी:	Cook.	MARRIED (मिहिर) / UNMARRIED (अमिहिर) <input checked="" type="checkbox"/>		
TOTAL ANNUAL INCOME: वार्षिक कलाप:	Rs 1200*12 = 14400/-	(Attach Proof of Income) (ज्ञाप का सब्बा संलग्न)		
PAN No. जीएस नंबर:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): का का ज्ञाप कर रहा है (जो कम हो उस पर लाभी का विकल्प संलग्न): Yes / No. हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS घरीया 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 सम्बन्ध
1.	PRATEEMA CHAKRABORTY	51	F	SELF
2.	SAMIK CHAKRABORTY	48	M	BROTHER
3.	RANJIT CHAKRABORTY	45	M	BROTHER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरी अधिकार				
BPL Card (Attach Card Copy) गटोंडी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाता रही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ज्ञाप का वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाता रही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उत्तरी राज्य कार्ड (प्रमाण पत्र की जाता रही संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई संलग्न	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता देने किये गये विवरी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIABETES - CATARACT - RE			
2.	SURGERY - RE (CICS-TCOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए 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 सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT. जर्नाल द्वारा दीक्षित 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.
- 4) मैं प्रत्येक बात के लिए अपनी विवाह संस्था कानूनी भौमिका का उपयोग करता हूँ। यही कानूनी विवाह संस्था का उपयोग करता हूँ जो मैंने अपने विवाह विवाह की बातों में लिया है। अपना अपने दोनों दोस्तों की वृत्ति के लिए विवाह करवा दिया है। यह अपने दोनों दोस्तों की वृत्ति के लिए विवाह करवा दिया है।
- 5) मैं अपने बातों के लिए अपने दोनों दोस्तों की वृत्ति के लिए विवाह करवा दिया है। यह अपनी कानूनी विवाह का उपयोग करवा दिया है।

AGREEMENT by APPLICANT (जारीकरण द्वारा कराया)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 दस्तावेज़ के अंदर की कानूनी विवाह संस्था की वृत्ति का लिए इस "कानूनी विवाह संस्था और उपयोग करवा दिया है। यही "कानूनी विवाह संस्था" एवं नामी, जन्म, व्यापकता एवं उपर्युक्त वृत्ति के लिए विवाह करवा दिया है। यह अपनी विवाह संस्था की वृत्ति के लिए विवाह करवा दिया है।
- 2) मैं इस दस्तावेज़ के लिए नाम, जन्म, विवाह विवाह की वृत्ति के लिए विवाह करवा दिया है। यह अपनी विवाह संस्था की वृत्ति के लिए विवाह करवा दिया है।
- 3) मैं इस दस्तावेज़ के लिए नाम, जन्म, विवाह विवाह की वृत्ति के लिए विवाह करवा दिया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपने दोनों हाथों पर अंडुडे का विवाह



AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पिटल द्वारा कराया)

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 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.

इसी अधिकारी, इसकी वृत्ति की "कानूनी विवाह संस्था" के लिए विवाह करवा दिया है। यह इस (हास्पिटल) विवाह के लिए विवाह करवा दिया है।

- 1) यह विवाह के लिए विवाह करवा दिया है। यह विवाह के लिए विवाह करवा दिया है।

- 2) "कानूनी विवाह संस्था" के लिए विवाह करवा दिया है। यह विवाह के लिए विवाह करवा दिया है।

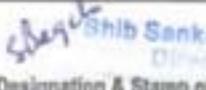
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकारी के लिए संकेतिकी

Date of Surgery
अवशिष्ट वृत्ति की तारीख

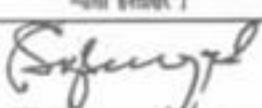
21/01/19


Dr. K. Ghosh
MBBS, DO, DNB, FRCS
Reg. No.-50971
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
कानूनी विवाह करवा दिया है।


Shib Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद इन्हें विवाह करवा दिया है।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम व उपाधि 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम व उपाधि 2

