

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1119/1952 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 4/11/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: KALPANA CHOWDHURY आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 66	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOBINDA SARKAR पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>SRINAGAR, GOHALPALLY, NORTH 24 PARGANA</u> <u>S 793263, WEST BENGAL</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u>				
OCCUPATION: <u>HOMEMAKER</u> व्यवसाय		MARITAL STATUS (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>RS 1700X12 = 20400/-</u> कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
PAN No. <u>सत्यापित संख्या</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो यहाँ हो उस पर सही का निशान लगायें) Yes / No हाँ / 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 सम्बन्ध
1.	KALPANA CHOWDHURY	66	F	SELF
2.	MINAKSHI DEY	29	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय का (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विषय 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 (YES + 100)			
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 ही गई सहायता राशि	



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की:

- 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 कतार हूँ कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि यदि मैं कभी भी कश्मिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करता हूँ, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से इस सहायता के लिए पूरा या आंशिक रूप से वापस करने का दावा नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 प्रश्न पर अपने इच्छाएं या अंशों को ध्यान रखकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपने छात्रों को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने से मुझे अधिकृत करने के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम, जिसमें कि लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउंडेशन और/या जानकारी को प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने से मुझे स्वतः कोशिका फाउंडेशन की कृपा इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करने का अधिकार नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ਅੰਤਰਿਕ ਭੇਦ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਦੇ ਨਿਰਾਸ਼ਰ ਪ੍ਰਭਾਵ ਹਨ।

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospitals) 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 अधिकतर, इसकायी को अनेक से सम्बन्धित/रुपेयी को "कॉलिका प्रमाणात्मक" से विनिर्दिष्ट प्रमाणों हेतु विपरीत को ज्ञाती है, जिनसे हम (राज्यपाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित प्रावधान किसी भी राजकीय संस्थान या किसी अन्य निकाय से उच्च परीक्षापत्रों में होने या तो रहे हैं, जैसे कि इनमें "बोर्डिंग फ़ार्मेटोर" से विकसित/विशेषी उच्च के समय में "बोर्डिंग फ़ार्मेटोर" द्वारा भरण हेतु कि है। भी "बोर्डिंग फ़ार्मेटोर" द्वारा प्राप्ता विधि अतिरिक्त/अलग हेतु समुद्र नहीं किया जाना है तो मजबूत कि किसी अन्य भी राजकीय संस्था या किसी अन्य संस्थान से प्राप्ता होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अन्तर्गत द्वितीय परर उच्च परीक्षापत्रों हेतु किसी भी राजकीय संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।
2. "बोर्डिंग फ़ार्मेटोर" से ही यह प्राप्ता केवल विहित प्रवृत्ति को है। ऐसी न हस्ताक्षर द्वारा ही यह प्राप्ता या विने नही हस्ताक्षर/प्रवृत्ति का प्रमाण ऐसी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "बोर्डिंग फ़ार्मेटोर" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में ऐसी के हस्ताक्षर सुरक्ष और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्ताक्षर को लेने और "बोर्डिंग" को कोई प्रमाण या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्थान

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/11/2019	Dr. Nalinakshi Karati MBBS, CC, ONS Reg No.-83729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व टिकट नं.	Dr. Santar Begam Director Susrus Eye Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 	