

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 211119/1984 APPLICATION DATE : 5/14/2019

NAME of APPLICANT : CHINU CHAKRABORTY AGE-YEARS : 54 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MAKHAN CHAKRABORTY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : TRINATH PALLY, BISHANNAGAR, NORTH-24 PARGANAS #1015, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : HOMEMAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 13000 X 12 = 15,600/- (Attach Proof of Income)

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	CHINU CHAKRABORTY	54	F	SELF
2	MAKHAN CHAKRABORTY	28	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: CATARACT SURGERY

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही 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 इस बात को सहायता प्राप्त "कॉशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग किसी और के पुराने विवरण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भिन्न सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस प्रति का आर्थिक या सफल विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्भरक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी छाया की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोर्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उन्हें "कॉशिका" एम्ब्लम, चित्र, सफरक एवं उत्प्रेषण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्बंधित हो प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों पर कर के बिना "कॉशिका फाउन्डेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है जुद्ध स्वतः सहायता का इच्छुक नहीं करता इस सम्बंध में "कॉशिका" एम्ब्लम उनके न्यायोर्षों का विवेक अधिक और सम्बन्धी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

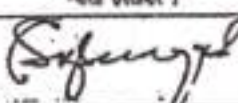
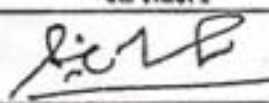
इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यन्त्रालय/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से मान्य एवं स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद है कि हमें मिलेगी, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है। हमें "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/स्वीकार हेतु समुचित तरीके ज्ञात हैं जो आवश्यकता के अनुसार और सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकार उम्मीद/सहायता हेतु किसी और सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
- 2) "कॉशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता के लिए सिफारिश कर रहा हूँ। मेरी पर हस्ताक्षर द्वारा ही मैं सहायता का विवरण एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में लेने के हस्ताक्षर सुरक्षा और अन्य कानून को जारी विनियमों के तहत एवं हस्ताक्षर को जारी और "कॉशिका" को कोई भी प्रतिकार या विनियमों इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तिथि</p> <p>5/11/2019</p>	<p>Dr. Archya Das MBBS, MS Reg. No. - 60372</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Centre</p> <p>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पत्रिका</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Centre</p> <p>नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोर्ष हस्ताक्षर 1</p> 	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोर्ष हस्ताक्षर 2</p> 
---	--