

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No. : K11119/1990 APPLICATION DATE : 6/11/2019

NAME of APPLICANT : JAYANTI CHAKRABORTY AGE-YEARS : 59 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MAKHAN LAL DUTTA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : SREE PALLY, RAHARA SANDIPUR, NORTH  
24 PARGANAS 700118, WESTBENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : HOMEMAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1900 X 12 = 22800/-

(Attach Proof of Income)  
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न का निशान लगावे)

Yes / No  
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1.                     | JAYANTI CHAKRABORTY                               | 59                         | F              | SELF                                          |
| 2.                     | AMIT CHAKRABORTY                                  | 32                         | M              | SON                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |

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

|                                                                                                        |                                                                                                          |                                                                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| EPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पर<br>(प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आप आय कर दाता पर<br>(प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>रसदानी कार्ड<br>(प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS — CATARACT — LE                                                                   |
| 2.                     | SURGERY — LE (SICSTIAL)                                                                     |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ही गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन अलग सत्य सत्य है तो मेरी सहायता रद्द की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही यह सहायता है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में सत्य सत्य है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँगा, कि इस सहायता को पूर्णतः या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया जाए और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता 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/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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रसारित करें, जैसे कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरा नाम, पता, फोटो या मेरे विवरण के माध्यम से अन्य स्रोतों से दानों को प्राप्त करने के लिए या "कोशिका फाउंडेशन" के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए। इस प्रकार का प्रसारण मेरे इच्छा के बिना या मेरे बिना मेरे विवरण के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस सहायता के उद्देश्य से प्रसारित करने के लिए सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दानों को प्राप्त करने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
अर्पणकर्ता 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.
- इसके अधीन, हमारे द्वारा यहाँ घोषणा करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त होगी या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या तो नहीं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा करार दे दिया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट किया जाता है कि हमारे पास वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए कोई भी भूमिका नहीं है।
  - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य सहायता/सहायता का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और जारी करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए सिफारिश

|                                                                       |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>6/11/2019</p>           | <p>Dr. Nalin Chhavi Karan<br/>MSB, D. O. B. 1972<br/>Reg. No. 53723</p> <p>Signature of Dr. &amp; Reg. No. with Stamp</p> <p>हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p> | <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
| <p>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु</p> |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                             |
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यायी हस्ताक्षर 1</p>                  | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यायी हस्ताक्षर 2</p>                                                                                                                     |                                                                                                                             |
|                                                                       |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                             |