

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1119/2024 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 7/11/2019 अवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: KABERI BHATTACHARYA आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 67	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RABINDRANATH BHATTACHARYA पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पर 18 PANCHBATTI LANE, BHATIPARA, NORTH 24 PARGANAS 743123, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पर AS ABOVE				
OCCUPATION: HOUSEWIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1900 X 12 = 22800/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत प्रस्तुत करें)		
PAN No. क्या है? खाली छोड़ें				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो सत्य हो उस पर 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 सम्बन्ध
1.	KABERI BHATTACHARYA	67	F	SELF
2.	RABINDRANATH BHATTACHARYA	70	M	HUSBAND
3.	RAINA BHATTACHARYA	45	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भूवी संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILABLE 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 AVAILABLE इसी गई सहायता राशी		

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन अलग प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता पत्रिका "कोशिका फाउंडेशन", से ले जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रयोजन नहीं है; उस राशि का अधिकतम या समस्त दिस्त किसे अन्य कोष/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा करण)

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 द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अगली पक्षधारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्ही "कोशिका फाउंडेशन" एवं "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से, दानों को आमंत्रित करने के लिये और/या उसकी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये विज्ञापन के लिये। इसका उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित किया जा सकता है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" एवं उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)**

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.

इसमें अंगुली छाप, हस्ताक्षर को और से सहायता हेतु विवरणों को प्रकाशित करने के लिये हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रमाण से सहमत एवं स्वीकार करते हैं।

1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और मैं ही भविष्य में किसी सहायता किसे और उसकी राशि या किसे अन्य स्रोत से प्राप्त करेगी/करने में सोचेंगे या सोचेंगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/सहायता प्राप्त करने के लिये। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद के रूप में दी जाती है और सहायता के लिये हमें सहायता के लिये अन्य सहायता से नहीं लेना चाहिए।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले जाई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे हॉस्पिटल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हमारे हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा और हमारे डॉक्टर को सही विवेचना देनी एवं हमारे डॉक्टर और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/11/2019	Dr. Nalinakshi Rajan MBBS, DNB Reg. No. - 83724 Surgeon & Director, Centre Name of Dr. & Regn. No. with Stamp डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर या छाप	Sh. Anurag Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर
	