

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No.: K/0198/2948 APPLICATION DATE: 11/1/2020

NAME of APPLICANT: BISWAJIT SAHA AGE-YEARS: 52 SEX: M

FATHER/SPOUSE'S NAME: PHANI GHUSAN SAHA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 11, NEW COLONY, PANDEHATI, NORTH 24 PARAGANAS TOWN, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: RICKSHAW PULLER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 16000 X 12 = 192000

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

PAN No. (आप का PAN नंबर)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

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.	BISWAJIT SAHA	52	M	SELF
2.	TAPASWITA SAHA	48	F	WIFE
3.	OTSARHA SAMANTA	25	F	DAUGHTER

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने विधि या उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/बीज से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSTICS - CATHETER - RE
2.	SURGERY - RE (STENT + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से प्राप्त किया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशी
------------------------	---	---



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र: 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है। 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में घोषित किया गया है। 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस मदद के लिए, पूरी या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं मिलेगी और मैं भी भविष्य में नहीं।		
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/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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से, या अन्य किसी भी माध्यम से, वित्तियक मदद के लिए प्रचारित करें, जिससे वे "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से मदद प्राप्त कर सकें। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। 3) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप 		
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति) 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. हमने यहाँ घोषणा की है कि हम (हस्पताल) निम्न प्रत्येक से मदद नहीं ले रहे हैं। 1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तियक मदद नहीं ले रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें वित्तियक मदद नहीं देता है, तो हमें अपने वित्तियक अभाव को पूरा करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। 2) "कोशिका फाउंडेशन" की मदद केवल वित्तियक प्रकृति की है। उपचार का चुनाव हमारे रोगी और हमारे डॉक्टर के बीच होता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से प्रभावित नहीं होता है। 3) "कोशिका फाउंडेशन" की मदद केवल वित्तियक प्रकृति की है। उपचार का चुनाव हमारे रोगी और हमारे डॉक्टर के बीच होता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से प्रभावित नहीं होता है।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए अनुमति		
Date of Surgery अस्त्राण की तारीख 11/1/2020	Dr. Purnanatha Chatterjee MBBS, DNB Regn. No. 74553 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shri. Purnanatha Chatterjee (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. प. च. चटर्जी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर		SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर
		