

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: K/0120/2934		APPLICATION DATE: 2/1/2020	
NAME of APPLICANT: INDRAJIT CHAKRABORTY		AGE-YEARS: 66	SEX: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BINOD BIHARI CHAKRABORTY			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: ATAPUR, BHATPARA, NORTH 24 PARGANAS, 743128, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1400 X 12 = 16800		(Attach Proof of Income)	
PAN No. [Blank]			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	INDRAJIT CHAKRABORTY	66	M
2.	RAVINDEB CHAKRABORTY	32	M
Relation with Applicant			
SELF			
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:			
Medical Reports/Prescriptions Attached			
Sr. No.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE		
1.	SURGERY - REF (SICESTOL)		
2.			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
1.			
2.			



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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य सत्य साबित है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा की जा रहा/रही "कोशिका फाउन्डेशन", से मिली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पर्यक्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रकम लेगा और न ही बीमा में दावा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

- 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.
- 3) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित/प्रसारित करने के लिए, या अन्य माध्यमों से मेरी जानकारी को प्रसारित करने के लिए उपयोग करें। इस प्रकरण का निष्पत्ति मेरी स्वीकृति के बिना या मेरे पते के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरी स्वीकृति के प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रकरण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी और जानकारी को प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से समर्थन/पेशी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया जा रहा है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या बिना मेरे अनुमति/स्वीकृति का भुगतान होने एवं हस्ताक्षर के बिना या बिना "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के स्वास्थ्य सुधार और आने वाले की सभी जिम्मेदारियाँ हमारे पास हैं और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee M.B.B.S, D.M. RC No. 70555 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) आवेदनक का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	(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