

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)



APPLICATION No.: K/0120/2993 APPLICATION DATE: 3/1/2020

NAME of APPLICANT: SHEFALI CHAKRABORTY AGE-YEARS: 46 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUJAL BHANDARI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BERTA, SOUTH 24 PARGANAS 743322, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSEWIFE

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 X 12 = 21600/-

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

YES / NO

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	SHEFALI CHAKRABORTY	46	F	SELF
2.	SUJAL CHAKRABORTY	49	M	HUSBAND
3.	ARJIT CHAKRABORTY	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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



DECLARATION by APPLICANT: सर्वोदय एडुकेटिव्ह केंद्र

- 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 पर कबल हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतियत एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी दृढ़ व सहायता यहाँ "कौशिका फाउन्डेशन", से ही आ रही है, इसका इस्तेमाल इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रश्नक भी नहीं है, इस दायित्व का अधिकार या सहायता निरस्त निम्नी जाय घोषित/निर्वाह/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 it's 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 प्रश्न पर अपने इसाफर या ओरों की जानकारी, मैं (अर्पणक) अपनी छापने की मुद्रा लगाऊँ हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, चित्र, सम्पर्क सूची आदि के माध्यम से मुझे अधिकृतियों और उपस्थितियों को निर्देश दे सकते हैं। मेरे द्वारा प्रदान की जाने वाली जानकारी को प्रकाशित करने में लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण में इसका के फार्म या घर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि इसाफर के अधिकारों के अधिकृत है मुझे बता: सहयोग का इच्छा नहीं करता। इस कारण मैं "कोशिका" द्वारा उपरोक्त न्यायीयों का निर्णय अंतिम और सम्पर्ककारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्ष के हिसाब से अंग्रेजों का निगम



AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH IS NOT)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (We/Us) hereby affirm & accept following:

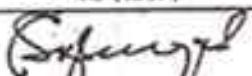
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे स्पष्ट है, इसका पीछा करके ही हमें पता चलेगा कि यह सच है या नहीं।

- 1) यह कि न तो सर्वान्न और न ही परिवर्ण में विविध साधनान्न किसी नैऋत्योत्तर संयोजन या किसी अन्य विशेष से उच्च ऐतिहासिकता में होने या हो गई है, जैसे कि हमने "बोसिया फाउन्डेशन" में निम्नलिखितविधि उच्च कोटि के समान में "बोसिया फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है: यदि "बोसिया फाउन्डेशन" द्वारा साधनान्न विविध अतिरिक्तसमस्त हेतु प्रयुक्त नहीं किया गया है तो समस्तान्न किसी अन्य नैऋत्योत्तर संयोजन या किसी अन्य साधनान्न को साधनान्न होने का अर्थितकर सुनिश्चित किया है। इस सुविधि में स्पष्ट कहा गया है कि समस्तान्न विविध प्रदान उच्च ऐतिहासिकता हेतु किसी नैऋत्योत्तर संयोजन या किसी अन्य साधनान्न को नहीं संयोजित।
- 2) "बोसिया फाउन्डेशन" में ही वह साधनान्न संयोजन विविध प्रयुक्त की है। ऐसी या इसप्रकार द्वारा ही वह साधनान्न या किने गये उपकरणप्रक्रिया का प्रयुक्त होने एवं इसप्रकार को हीन का प्रदान है और "बोसिया फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रदान नहीं है। इसप्रकार इसप्रकार में ऐसी को प्रदान प्रदान और अन्य यन्त्र की सभी विधियोंमें ऐसी एवं इसप्रकार को हीन और "बोसिया" की हीन अतिरिक्त या विधियोंमें इस प्रकार में ही होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिशों को लिए संरक्षित

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 3/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee M.D. (Surgical) Reg. No. 10000 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व दि. नं.	Dr. Sanjay Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद सम्बन्धित अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इलाका 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इलाका 2 