

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No.: K/0120/3097 APPLICATION DATE: 7/1/2020

NAME of APPLICANT: MAYA BHATTACHARYA AGE-YEARS: 61 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MANAB DEBNATH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: RAJGUNGE, SANITUR, SANKRIL, HOWRAH, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2100 x 12 = 25200/-

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

PAN No. (आपका 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.	MAYA BHATTACHARYA	61	F	SELF
2.	MANAB DEBNATH BHATTACHARYA	26	M	HUSBAND
3.	NI BHATTACHARYA	35	M	SON
4.	NAREN BHATTACHARYA	34	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 20000 तक 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 कौन विनियम का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SIC 7701)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता राशि



DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा भर्नापन करना) 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 बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है उसे कोई सहायक विवरण भी न दे सकता हूँ। 2) मैं इस पर सहायक एग्री "कोशिका फाउंडेशन", से ही न कर रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताना था। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायक हेतु यह अवसर नहीं चाहूँ, इस एग्री का अधिक या कमला निम्न किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक 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/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 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में भर्नापन है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी स्वीकृति के बिना या फिर मैं अपने नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत हूँ। 2) मैं (अर्पणक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्य से प्रसारित हैं उन्हें सहायक का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान		
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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. इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर दिये जाने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हॉस्पिटल) द्वारा प्रसारित के नाम से स्वीकार्य करने के। 1) यह कि मैं या मेरी संस्था और मैं या मेरी संस्था में वित्तीय सहायक किसी भी प्रकार से प्राप्त करने का कोई अन्य स्रोत से प्राप्त करने का कोई उद्देश्य नहीं है, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के अलावा मैं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हूँ कि मैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक विधि अस्वीकार/प्रकार हेतु समझ नहीं कि यह सहायक किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का कोई अन्य सहायक से सहायक होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट करना जाता है कि अगलागल वित्तीय सहायक प्राप्त करने के लिए हमारे संस्था के किसी अन्य सहायक से नहीं संपर्क/संपर्क। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हमारे द्वारा ही मैं सहायक का निर्णय करने के हस्ताक्षर/अधिकार का चुनाव मेरी ही इच्छा के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हमारे में मेरी के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने नाम की सही सिफारिश मेरी ही इच्छा की होती है और "कोशिका" की कोई सुझाव या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए सिफारिश		
Date of Surgery सर्जरी की तारीख 7/1/2020	Dr. Nalinakshi Koran (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. व व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2
		