

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य रक्षणा)				 Koshika Foundation Building Block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0120/3847		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 09/01/2020			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम KALPANA CHAKRABORTY		AGE-YEARS वयु-वर्ष 60	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम SHAYLEN CHAKRABORTY					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता DALEPARA, MAHAMMADPUR, MURSHIDABAD 742123, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता - AS ABOVE -					
OCCUPATION : व्यवसाय HOUSEWIFE				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय RS 2200 x 12 = 26400/-				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)	
PAN No. : पैन संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल करते हैं (जो लागू 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) वयु (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध	
1.	KALPANA CHAKRABORTY	60	F	SELF	
2.	SHAYLEN CHAKRABORTY	62	M	HUSBAND	
3.	KRISHNA MISHRA	36	F	DAUGHTER	
4.	RAJMOY CHAKRABORTY	36	M	SON	
5.	NIKENMOY CHAKRABORTY	30	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियमित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के चौथे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विनियमित का उद्देश्य:					
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलेखन सूची संलग्न					
1. DIAGNOSES - CATARACT - LE					
2. SURGERY - LE (SICS + IOL)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास एवं अधन असास प्राप्त मात्र है तो मेरी सहायता निरास हो या अस्वीकार्य है।
- 2) मैं इससे सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में या भविष्य में मुझे कोई भी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कंपनी से न तो मदद मिले और न ही अधिकार मिले।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अर्शक छापों को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उक्त "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित होने वाले किसी भी माध्यम से, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउंडेशन और/या उसके विवरणों को प्रकाशित करने के लिए। इसका उपयोग मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित किया जा सकता है। सहायता का इस्तेमाल मेरी सहायता के लिए नहीं किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Kalkana Chakrabarty.

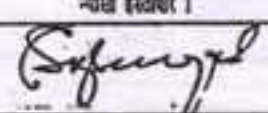
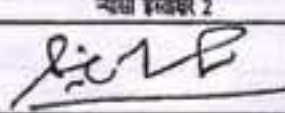
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

- 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 अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मर्यादा/उद्देश्य को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं:
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हम (हस्पताल) से लेने का दावा करते हैं, जो कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हम (हस्पताल) को सहायता के अभाव में अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अर्थ में यह कहा जा सकता है कि हमारे पास वित्तिय सहायता हेतु किसी और स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह वित्तिय प्रकृति की होगी। हमारे पास हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का उपयोग करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हमारे पास हस्पताल से उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित किया जा रहा है। हमारे पास हस्पताल से उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित किया जा रहा है। हमारे पास हस्पताल से उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित किया जा रहा है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 9/1/2020	Dr. Vrushali Deshpande MBBS, DNB (Ophthalmology), FICO Fellowship in Pediatric Reg. No. - 77128 (WBMC) (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Ganekar, Bagchi Direct Head of Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम या फिर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक द्वारा उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--