

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0524/0193**
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **15/05/24**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **BIDYUT CHAKRABORTY**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **75**
SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **PALASH CHAKRABORTY**
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

**BLOCK 20 FLAT 11 D GREEN FIELD, E 3 398
NEW JOTE SHIBRAMPORE, MAHESHTALA
SOUTH 24 PARANAS 700141 WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: **FARMER**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **5000 X 12 = 60,000**
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. **स्थायी खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्व हो उस पर सही का निशान लगाये)

Yes / No
हाँ / 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.	BIDYUT CHAKRABORTY	75	M	SELF
2.	LATE SHYMAJI CHAKRABORTY	70	F	WIFE
3.	BASUDEB CHAKRABORTY	38	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने वर्ष विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - LB
	SURGERY - LB - (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेकर 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं; अन्यथा कोई भी गलत बयान 'उपरोक्त उद्देश्य' के लिए प्राप्त किया गया धन को वापस करने योग्य करेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त किया गया धन केवल 'उद्देश्य' के लिए ही प्रयोग करने का इच्छा है, जो इस प्रपत्र में उल्लेखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो पूरा और न ही आंशिक रूप से 'उद्देश्य' के लिए प्राप्त किया गया धन वापस करने का इच्छा है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेकर द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेकर) अपने नाम, पता, तस्वीर और 'उद्देश्य' के विवरण का उपयोग करने के लिए 'कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण इस प्रपत्र में उल्लेखित है, उसे 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा प्रसारित करने, प्रकाशित करने, प्रसारण करने, प्रसारण करने के लिए विभिन्न माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रपत्र में उल्लेखित 'उद्देश्य' के लिए प्राप्त किया गया धन केवल 'उद्देश्य' के लिए ही प्रयोग करने का इच्छा है।
- 2) मैं (अर्शेकर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण के उपयोग के लिए प्राप्त किया गया धन केवल 'उद्देश्य' के लिए ही प्रयोग करने का इच्छा है। 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा प्रसारित किया गया धन केवल 'उद्देश्य' के लिए ही प्रयोग करने का इच्छा है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेकर की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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.

इसमें उल्लेखित, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित करने वाले 'कोशिका फाउंडेशन' से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का इच्छा है, क्योंकि 'कोशिका फाउंडेशन' से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए हम 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा प्रपत्र भर चुके हैं। यदि 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा प्रपत्र भरने के लिए हमें वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने 'कोशिका फाउंडेशन' से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रपत्र में उल्लेखित 'उद्देश्य' के लिए प्राप्त किया गया धन केवल 'उद्देश्य' के लिए ही प्रयोग करने का इच्छा है।
- 2) 'कोशिका फाउंडेशन' से प्राप्त किया गया धन केवल वित्तीय प्रकृति का है। रोगी का इलाज इस रोगी के चिकित्सक के द्वारा ही किया जाएगा और 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा प्रपत्र भरने के लिए हमें वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है। 'कोशिका फाउंडेशन' से प्राप्त किया गया धन केवल 'उद्देश्य' के लिए ही प्रयोग करने का इच्छा है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सिफारिश

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>15/05/24</p>	<p><i>Dr. Sankar Das</i></p> <p>M.B.B.S Gold Medalist</p> <p>(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकृत नंबर के साथ मुहर</p>	<p><i>OPTOM ANIRUJ DAS</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory of Hospital) हस्पताल के अधिकृत अधिकारी का नाम व पद</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 अंगूठी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Sankar Das</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 अंगूठी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	--