

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/077/0556

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11.07.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

ANJALI MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

BIPUL CHANDRA RAYCHAUDHURY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KALUA P PAL MARI, KOLKATA MUNICIPAL CORPORATION, JOKA, KOLKATA, 700104, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे या सही का 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1	ANJALI MONDAL	57	F	SELF
2	SWAPAN MONDAL	65	M	HUSBAND
3	PROBATO MONDAL	35	M	SON
4	RABHAN MONDAL	32	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पत्र प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे किसे किसे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्था/प्रीति से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सकारात्मक "बोडिका फाउंडेशन", से जो मैं जा रही हूँ, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं हूँ, इस राशि का उचित या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publicise/put-up/produce 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 प्रत्येक पर मेरी हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वामी को पूर्णतः स्वीकार हूँ एवं "बोडिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रकाशित करें, उसे "बोडिका" समूह, पत्र, प्रसारण, दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिकाओं और जर्नलों में प्रयोग करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे प्रत्येक के प्रयोग के लिए या मेरे द्वारा "बोडिका फाउंडेशन" में प्रयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिए प्रयोग हैं, मेरे द्वारा सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "बोडिका" समूह अपने भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

Arijali Mondal

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार):

- 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 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.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे संकेत को "बोडिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकार है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी मामले के संबंध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे क्योंकि हम "बोडिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि हस्पताल वित्तीय पर इस संबंध में कोई भी भूमिका नहीं लेता और "बोडिका फाउंडेशन" से कोई भी भूमिका नहीं लेता।
2. "बोडिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है। उसे या हस्पताल द्वारा ही नहीं किया जा सकता है बल्कि इसे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने पर हस्पताल को ही करना है और "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में होने के कारण प्रत्येक और अन्य मामले को भी हस्पताल को ही देना और "बोडिका" को कोई भी भूमिका नहीं देना।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संकेतित (स्वीकार/निराकरण का निर्णय लें)		ACCEPTANCE स्वीकार	REJECTION निराकरण
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11.06.18	Dr. Arijali Mondal MBBS, MS, FVRS Reg. No. 50010 Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा, २	Sankar Bagchi Director Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक द्वारा स्वीकार)

SANCTIONED स्वीकृत	REJECTED निराकरण	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक द्वारा स्वीकृत 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक द्वारा स्वीकृत 2