

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : K/0717/0614 APPLICATION DATE : 14.07.17

NAME of APPLICANT : SANTOSH MAJHI AGE-YEARS 33 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KENARAM MAJHI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : VILL-BRAMHAN KHAND, 20-BASA-PARA NANGAR, DIST-BARH, NB-INDIA 801215

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as Above

OCCUPATION : Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME : 24000/-

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No

FAMILY DETAILS

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)

EWS Certificate (Attach Certificate Copy)

Ration Card (Attach Copy)

Any Other Basis/Proof

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Medical Reports/Prescriptions Attached

Sr. No.

1. Diagnosis : Traumatic Cataract & Detached Retina (L/E)

2. Treatment : PPK + Nucleus Removal + S.F.IOL + EL + COI + IOL CH (L/E)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.

NAME of OTHER SOURCE

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED

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 प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं झूठा प्रमाण प्रस्तुत किया जाये तो मेरी आवेदन को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "बोडिका फाउंडेशन", से जो भी मदद ली है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया करूँगा, जो इस प्रत्यक्ष में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो किसी भी और न ही भविष्य में मुझे

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/post-up/republish 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 प्रत्यक्ष पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "बोडिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषित है, उसे "बोडिका" एन.पी.एस.सी. द्वारा, सार्वजनिक रूप से प्रचारित करने के लिए प्रसारित करें और जानकारी के लिए किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम होंगे। मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "बोडिका फाउंडेशन" से मदद ली है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए "बोडिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान

- *Dr. Arsenjit Mondal***AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 any other 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.
- हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) कि हम (हॉस्पिटल) और हमारे डॉक्टरों को "बोडिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) कि हम (हॉस्पिटल) और हमारे डॉक्टरों को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए हम (हॉस्पिटल) को "बोडिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के लिए हम (हॉस्पिटल) को "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जायेगा। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हम (हॉस्पिटल) को "बोडिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के लिए हम (हॉस्पिटल) को "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जायेगा। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हम (हॉस्पिटल) को "बोडिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के लिए हम (हॉस्पिटल) को "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जायेगा।
2. "बोडिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम (हॉस्पिटल) द्वारा ही प्रदान किया जायेगा। हम (हॉस्पिटल) को "बोडिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के लिए हम (हॉस्पिटल) को "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जायेगा। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हम (हॉस्पिटल) को "बोडिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के लिए हम (हॉस्पिटल) को "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जायेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14.04.17

Dr. Arsenjit Mondal

MBBS, MSc, FVRS

Reg. No. 18010

(Name of Dr. Arsenjit Mondal & Hospital Centre)

हॉस्पिटल का नाम या डॉक्टर का नाम

Dr. Arsenjit Mondal
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
या मैं हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

(यहाँ हस्ताक्षर करें)

Dr. Arsenjit Mondal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

(यहाँ हस्ताक्षर करें)

Dr. Arsenjit Mondal