

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0717/0635

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 17/04/17

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम SABITA BISWAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष 67

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम JAGANNATH BISWAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

PART NO-107, SOHAL-SWETPUR, NORTH
24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : व्यवसाय HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. आय का प्रमाण पत्र

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खींचा का चिह्न लगाएं)

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.	SABITA BISWAS	67	F	SELF
2.	JAGANNATH BISWAS	75	M	HUSBAND
3.	BISWASIT BISWAS	43	M	SON
4.	AVINIT BISWAS	38	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसे आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	BKRS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर 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 करने किसी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा घोषणा पर):

- 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 प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं होगा अथवा सत्य नहीं है तो मेरी आवेदन पत्र को न्यस्त करवा दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस को सहायता एवम् "बोडिका फाउंडेशन", से लेने का सोच रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु न तो भुगतान कर रहा हूँ, न ही भुगतान का अवसर प्राप्त किया किसी अन्य प्रोविडर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा स्वीकार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "बोडिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रसारित करें, उसे "बोडिका" एम्प्लॉयर, डॉक्टर, फाउंडेशन एवं इत्यादि के माध्यम से सूचीबद्ध करने के लिए प्रेरित करें और प्रसारित करने के लिए अधिकृत हों। मेरे नाम का विवरण की इसका उपयोग करने का अधिकार या अधिकार मेरे द्वारा मांगे के लिए "बोडिका फाउंडेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है सूचीबद्ध है। सहायता का हस्ताक्षर भी करता हूँ। इस प्रकरण में "बोडिका" एम्प्लॉयर, डॉक्टर, फाउंडेशन और इत्यादि को अधिकृत करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका को सहायता का अंगूठे का निशान

**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 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, हमारा स्वीकृति की और से सहायता के लिए "बोडिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें "बोडिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं, जब तक कि हमें "बोडिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से पूरित करना होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें "बोडिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं होगी, हमें अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से पूरित करना होगा।
- 2) "बोडिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उपचार के चयन का निर्णय रोगी और "बोडिका फाउंडेशन" के बीच है। "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता का निर्णय रोगी के चयन पर आधारित है और "बोडिका" को कोई भी अधिकार नहीं है कि सहायता का निर्णय रोगी के चयन पर आधारित है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संयुक्ति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाएं)

ACCEPTANCE
स्वीकृत

REJECTION
निरस्त

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/02/17

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No. - 58096
Sunder Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व छाप, स.

Sankar Bagchi
Director
Sunder Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हम व हमारा अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मनीस हमारे हेतु

✓
SANCTIONED
संयुक्ति

REJECTED
निरस्त

SIGNATURE of TRUSTEE 1
माननीय हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
माननीय हस्ताक्षर 2