

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika FOUNDATION Building Blocks of life.		
APPLICATION No.: K/0717/0648 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 17/07/17 आवेदन तिथि		
NAME OF APPLICANT: DILIP DAS आवेदनकर्ता का नाम		AGE-YEARS: 67 वयस वर्ष	SEX: M लिंग	
FATHER/SPOUSE'S NAME: ANIL DAS पिता/पत्नी का नाम		 		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 26 SHETH SALONI SODEPUR, Khardaha, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: UNEMPLOYED				
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रमाण)		
PAN No. (If any):				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो कदम उठाए कि सही का चिह्न लगाएं):				
Yes / No हां / नहीं				
FAMILY DETAILS: बीरवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वयस (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनकर्ता से संबंध
1	DILIP DAS	67	M	SELF
2	KRISHNA DAS	54	F	WIFE
3	DIPANKAR DAS	35	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न कारण				
BPL Card (Attach Card Copy) कोई भी तरह के प्रमाण पत्र (अथवा या को दाता उचित प्रमाण पत्र)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (अथवा या को दाता उचित प्रमाण पत्र)		Ration Card (Attach Copy) आपूर्ति कार्ड (अथवा या को दाता उचित प्रमाण पत्र)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गए निम्न का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्थापना/पत्रिका के प्रती को चिह्नित प्रमाण पत्र			
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
2	SURGERY - LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो)				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई चिह्न प्राप्त पत्र	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "बोडिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं माग्यता हेतु माग प्रदान की नहीं है, उस लक्ष्य का अधिकतम या समस्त निरास किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ली जाये और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "बोडिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "बोडिका" एम्प्लॉयी, दाता, वाचक/पत्र दूरसे उद्देश्य से चुकी परिस्थितियों और उत्तराधिकारियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का निवेदन मेरी इच्छा के खतरे या कार में करने के लिए "बोडिका फाउन्डेशन" से किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे तथा: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "बोडिका" एम्प्लॉयी उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बंधनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "बोडिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जाये या ली जायेगी, बल्कि कि हमने "बोडिका फाउन्डेशन" को सिफारिश/विषय उक्त के सम्बंध में "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा माग्यता हेतु कि है। यदि "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु माग्यता की जायेगी कि वह न तो अलग-अलग किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अलग-अलग दृष्टिकोण पर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेया/लेयी।
2. "बोडिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने की सही निगरानी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "बोडिका" को कोई भूलिका या निगरानी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरास का निशान लगाये)

ACCEPTANCE
सम्पूर्ण

REJECTION
असम्पूर्ण

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/08/18

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O. FRCS
Reg. No. 58095
Sushr Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Bhishan Singh Begchi
Director
Sushr 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 अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
संस्तुति

REJECTED
असंस्तुति