

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0717/0654

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/07/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

GOURI ROY

AGE-YEARS आयु-वर्ष

82

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

KSHITISH ROY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

6 KULIA TANGRA 2ND LANE TANGRA
KOLKATA 700015, 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 प्रस्तुत करें)

PAN No. : आय का प्रमाण पत्र

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम को उस पर चिह्नित करें)

Yes / हाँ

No / 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 सम्बन्ध
1.	GOURI ROY	82	F	SELF
2.	SANJAY ROY	56	M	SON
3.	RANJIT ROY	53	M	SON
4.	FULONI ROY	50	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पटवर्ती रेशन कार्ड की प्रमाण प्रत (प्रमाण पत्र की प्रत जो आवेदन के साथ जोड़नी है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रत जो आवेदन के साथ जोड़नी है)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रत जो आवेदन के साथ जोड़नी है)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सा के चार्ट की प्रत जो आवेदन के साथ जोड़नी है
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SR3 + 10L)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

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

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं/वा वास्तव सच बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "बोडिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में सच बात है।
- 3) मैं पुनः पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या उसके बाद भी, उस मदद का अधिकतम या प्रत्यक्ष निरस्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा जोड़ कर मैं (अर्शक) स्वीकार करता हूँ कि "बोडिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "बोडिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करें और/वा अन्य माध्यमों से मेरी जानकारी को प्रसारित करने के लिए उपयोग करें। इस प्रारूप का प्रसारण मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना मेरी इच्छा "बोडिका फाउन्डेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लक्ष्य के लिए हैं, उनके द्वारा प्रसारित या प्रसारण नहीं किया जायेगा। इस प्रारूप में "बोडिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का प्रसारण और प्रसारण नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाईं थंब का निशान

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 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ प्रस्तुत की "बोडिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि हम (हॉस्पिटल) और हमारे भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "बोडिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के बिना ही "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित हेतु है। यदि "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रकार हेतु प्रसारण नहीं किया जायेगा तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप में हमारा मत है कि सहायता वित्तिय प्रसारण, प्रसारण करने हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकते हैं।
2. "बोडिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे या सहायता प्रदान की गई सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रकार का प्रसारण नहीं किया जायेगा।
- हमारे बीच का निर्णय है और "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रसारण नहीं है। अधिकृत सहायता में से भी प्रसारण प्रसारण और अन्य स्रोत की ओर किसी भी प्रकार की सहायता की ओर और "बोडिका" को कोई भी प्रसारण या प्रसारण इस प्रकार से नहीं करेगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) सिफारिश (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/05/18	Dr. Arindam Deb MBBS, D.O., FRCS Reg. No. - 58696 Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व सील, नं.	 Shub Sankar Bagchi Director Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इच्छा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इच्छा 2
☒ SANCTIONED सम्मत	☐ REJECTED निरस्त		