

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

K/1014/1012

APPLICATION DATE :

06.10.17

NAME of APPLICANT :

NITAI SARKAR

AGE-YEARS

79

SEX

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

NATABAR SARKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

KALIDASPUR DAKSHIN PARAGASAR, SOUTH 24 PARGANAS,
742348, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सहायता हेतु संलग्न

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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.	NITAI SARKAR	79	M	SELF
2.	MADHABI SARKAR	72	F	WIFE
3.	SANDHA SARKAR	48	F	DAUGHTER
4.	SANJIT SARKAR	45	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लाने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपसहाय/दवाइय से जुड़ी कोई प्रतिवेदन सुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता पानी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले का बयान:

- 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 applicable 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 बयान करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तब यह है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ बयान करता हूँ कि "बोडिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ बयान करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या अन्यत्र भी नहीं हूँ, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 to 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "बोडिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में बयान किये, उसे "बोडिका" द्वारा यादों, पत्र, संचारण के माध्यम से या किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस बात का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए "बोडिका फाउन्डेशन" में जा सकती है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अंतर्गत से प्रसारित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "बोडिका" द्वारा उक्त व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

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 हमारे/हमारे को "बोडिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से ज़म्मेदार नहीं मानते हैं:

1) यह कि हम से कोई भी भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोकथाम के तहत या से नहीं है, बल्कि कि हमने "बोडिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त करने के समय में "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी माध्यम/माध्यम हेतु मंजूर की जायेगी तब ही से अस्पताल किसी अन्य रोकथाम संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ यह कहा जाता है कि अस्पताल इसी प्रकार उक्त रोकथाम हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "बोडिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उन्हीं पर हॉस्पिटल द्वारा ही यह सहायता किसे नहीं सहायता/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हॉस्पिटल को बीच का निर्णय है और "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में उन्हीं के द्वारा प्रस्ताव और अपने अपने को सही निर्णय लेने एवं हॉस्पिटल को छोड़ें और "बोडिका" को कोई भी निर्णय या निर्णय हेतु इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

सिफारिश (स्वीकृत/निरस्त का निश्चयन समायोजन)

ACCEPTANCE

समर्थ

REJECTION

नकार

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

06.10.18

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

Shri Sankar Bagchi
Director
Koshika 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 (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SANCTIONED समर्थ	REJECTED नकार	SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2