

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. : K/1012/1041 APPLICATION DATE : 09.10.17
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : BHANUMATI NASKAR AGE-YEARS आयु-वर्ष 64 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NITYA NASKAR
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
MASZIDBATI UTTAR PARA BASANTI
SOUTH 24 PARGANAS WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
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.	BHANUMATI NASKAR	64	F	SELF
2.	NITYA NASKAR	30	M	HUSBAND
3.	ARJUN NASKAR	20	M	SON
4.	GOBINDA NASKAR	27	M	SON
5.	SUBHADRA NASKAR	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने विवृति का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "बोडिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद जैसा की पूर्णतः के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रत्येक की गई है, उस पर किसी भी प्रकार का प्रतिफल या प्रत्यक्ष विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.
- इस प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "बोडिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "बोडिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, चिकित्सक द्वारा उपचार से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निराकरण मेरे उपचार के पारने या करार के पारने के लिये "बोडिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उपलब्ध होने के अंतर्गत है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "बोडिका" एम्प्लॉयर्स डॉक्टरों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की 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:
- 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.
 - 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 यहाँ/उपरोक्त की "बोडिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होने/पाने में हमें या तो कोई है, केवल कि हमने "बोडिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बंध में "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायता प्रदान या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय प्रदान प्राप्त होने/पाने हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।
 - "बोडिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना गैर उपकरण/प्रक्रिया का प्रदान होने एवं हस्पताल के बीच का निराकरण है और "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रदान नहीं है। इसलिये हस्पताल में होने के उपचार शुल्क और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ हमें एवं हस्पताल को होती हैं और "बोडिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निराकरण साधने)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery अपरेशन की तारीख 09.10.18	DR. ANIL ANAND MBBS, MD, FRCS(ED), FRCS(S) Reg. No. 12345 Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Sankar Bagchi Director Sankar 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 (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED निरस्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 जारी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 जारी हस्ताक्षर 2