

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of life.

 APPLICATION No. : W/1218/1739
 APPLICATION DATE : 05/12/18

 NAME of APPLICANT : PUSHPA METE
 AGE-YEARS : 53
 SEX : F

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : JITEN KANRAR

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : PARAJANANIDA CHAK, SANTOSHAPUR, HOWRAH, 711310 WEST BENGAL

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

 OCCUPATION : HOUSE WIFE

 TOTAL ANNUAL INCOME : NIL
 (Attach Proof of Income)

(आप का वार्षिक आय)

 PAN No. : XXXX XXXX XXXX

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

आप आय कर का दाता हैं (को यहाँ से उचित पर चिह्न लगाएँ)

Yes ☒ No ☐

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	PUSHPA METE	53	F	SELF
2.	LAXMAN METE	60	M	HUSBAND
3.	SIKHA DAS	36	F	DAUGHTER
4.	BEKHA DAS	28	F	DAUGHTER
5.	SULKHA KANAR	25	F	DAUGHTER

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय का (आय पर कोई छान प्रमाण नहीं)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग आय का (आय पर कोई छान प्रमाण नहीं)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर कोई छान प्रमाण नहीं)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SLC8+10L)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED जो यह सहायता होगी

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 rescission/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 प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं झूठा प्रस्ताव प्रस्तुत किया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता दान "बोडिका फाउंडेशन", से जो भी वादा है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में मांग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो विवरण है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/republish/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 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 प्रस्ताव पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठी का दस्तखत, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "बोडिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में घोषित हैं, उसे "बोडिका" द्वारा यादों, दान, सहायता प्राप्त करने के लिए प्रचारित करने के लिए उपयोग करेगा। इस प्रस्ताव का निष्पत्ति मेरे प्रस्ताव में घोषित है कि "बोडिका फाउंडेशन" का उपयोग करेगा।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रचारित करेगा। प्रस्ताव का स्वीकार नहीं किया जा सकता। इस मामले में "बोडिका" द्वारा उक्त भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान

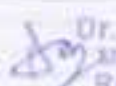
**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

- 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 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 हमारे भरोसे को "बोडिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) को प्रस्ताव से प्राप्त न होने तक।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "बोडिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित प्राप्त करने के समर्थ में "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित किया है। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने भरोसे से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अंतर्गत प्रस्तावित है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "बोडिका फाउंडेशन" केवल वित्तीय सहायता प्रदान करेगा।
2. "बोडिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें या हॉस्पिटल द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा निर्देशित प्रस्ताव का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल के निर्णय के अंतर्गत प्रस्तावित और प्रदान की जाने वाली सहायता के बारे में "बोडिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/12/18	 Dr. Arindam Deb Reg. No. 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजीकृत नं.	 Shish Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसे दाता 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसे दाता 2
