

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No.: K/1218/1712 आवेदन क्रमांक :		APPLICATION DATE: 4/12/18 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: DEBPRASAD DHARA अर्जितकर्ता का नाम		AGE-YEARS जन्म-वर्ष 63	SEX लिंग M		
FATHER/SPOUSE'S NAME: KHUDIRAM DHARA पिता/हस्ताक्षर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बांदा नगरपालिका नगर JADURBERIA, BAHKTALA, HOWRAH, TILSIT, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान AS ABOVE					
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय					
PAN No. [Blank] आय कर पहचान संख्या		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) [X] MARRIED		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (को मान्य हो उस पर चिह्न लगा दें।)					
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 अर्जितकर्ता से संबंध	
1.	DEBPRASAD DHARA	63	M	SELF	
2.	JHANNA DHARA	52	F	WIFE	
3.	SUSAN DHARA	30	M	SON	
4.	ARMJIT DHARA	26	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय रीखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपादेयता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु करने वाले बिनाई का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached बिरुदा/टीयर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT LE				
2.	SURGERY - LE (SUCCESSFUL)				
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED तो यह सहायता कती			

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनाने के लिए गलत जानकारी दी गई हो तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता से "बोडिका फाउंडेशन", से सही या नहीं है, इसका जवाब देता हूँ कि मैंने इसे प्राप्त करने, जो इस प्रपत्र में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना से प्राप्त होने वाले धन, या किसी भी प्रकार के भुगतान को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 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 स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "बोडिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "बोडिका" एम्बुलेंस, घर, स्वास्थ्य सेवा प्रदाता से मुझे भर्ती करने के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

(Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रार्थना करने की "बोडिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निरास हो सकते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमारे द्वारा "बोडिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रार्थना के लिए मांगी गई है। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने आप से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के बाद यह है कि हमारा प्रमुख ध्यान होगा कि सहायता प्रदान करने के लिए हमें सहायता प्रदान करने की आवश्यकता है।

2. "बोडिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ। मेरे पास इसका प्रमाण है कि मैंने इसे प्राप्त करने के लिए आवश्यक सभी दस्तावेजों को सही ढंग से प्रस्तुत किया है और "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की गई है। इसलिए हमारा ध्यान होगा कि हमें सहायता प्रदान करने की आवश्यकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	<i>(Signature)</i> Dr. A. Kundu M869, MS Reg. No. 55137 (Name of Dr. & Regt. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण नंबर के साथ छाप	<i>(Signature)</i> Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व पद के साथ छाप
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>