

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/1218/1718		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 4/12/18	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :		SHAKARI KANJI		AGE-YEARS : वर्ष : 55	SEX : लिंग : F
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम :		DISTU PATRA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता :					
BRIRAMPUR, HANISHREKHA, HAWRAH, VII 303, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता :					
AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय :		House wife.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय :		NIL		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. : पैन संख्या : ☐ Yes ☒ No					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं (जो सत्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं) : ☐ 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 सम्बन्ध	
1.	CHA. KANAI KANJI	55	F	SELF	
2.	CHANDU KANJI	25	M	HUSBAND	
3.	SANJAY KANJI	25	M	SON	
4.	SANJAY KANJI	25	M	SON	
5.	SANJAY KANJI	25	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधारित प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न में से किसी का चयन करें:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुप्राण/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी कोई भी प्रमाणित दस्तावेज़ संलग्न				
1.	Diagnosis - Cataract RE				
2.	Surgery - Re (Sect-201)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता यहाँ "बोडिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग यहाँ उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस यहाँ का अधिकार या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा छापने पर मैं (अर्शक) यहाँ सहमत हो जाता हूँ कि "बोडिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "बोडिका" द्वारा प्रसारित, दूर, सामान्यतः दूर दूरस्थ से दूर की गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के प्रचार के माध्यम से किया जा सकता है। मेरे नाम का उपयोग मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "बोडिका फाउंडेशन" में जा सकते हैं।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के उत्तरदायित्व के प्रसारित करने के लिए होगा। सहायता का प्रदान नहीं किया जाएगा। इस प्रार्थना में "बोडिका" द्वारा प्रसारित नहीं किया जा सकता और सामान्यतः दूर।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं तलुआ छापना

**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 को यहाँ से प्रमाणित करने के लिए "बोडिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निरास हो जायेंगे यदि हमें सहायता नहीं मिलेगी।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "बोडिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में हमें यह बताया गया है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "बोडिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

2. "बोडिका फाउंडेशन" को कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें यह समझना होगा कि हमें उपचार/उपचार का चुनाव करने पर हमें सहायता के बीच का विचार है और "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें हमारे अपने और अपने अपने सभी विवेकपूर्ण तरीके पर हमें सहायता को देने और "बोडिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/12/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	Shish Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION (अर्शक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2