

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : 111219/1919				APPLICATION DATE : 12/12/18			
NAME of APPLICANT : RAMRUP MONDAL				AGE-YEARS : 59		SEX : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BANSHI MONDAL							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : RAMRUP MONDAL, RAMRUPA, HAZAR, ROAD 7, HAZAR.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AT ABOVE -							
OCCUPATION : EARNER				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : Rs 1800x12 = 19200/-				(Attach Proof of Income)			
PIAN No. : 111219/1919							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				Yes / No			
आप आय कर का दाता हैं (को चयन करें उस पर चिह्न लगाएं)				हां / नहीं			
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1.	RAMRUP MONDAL	59	M	SELF			
2.	SUNITA MONDAL	55	F	WIFE			
3.	SUKDEB MONDAL	55	M	SON			
4.	SHRUTI MONDAL	19	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
गरीबी रखा के साथ प्रमाण पत्र		आय कर का प्रमाण पत्र		उपभोग कार्ड		अन्य कोई प्रमाण	
(प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
सहायता हेतु किने गये विवरण का उद्देश्य:							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.						
2.	SURGERY - RE (SICUTOT)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त गयी है?							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
1.	अन्य स्रोत का नाम			रुपये में सहायता पंजी			

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 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की गंभीरता से "बोडिका फाउंडेशन", को सूचित कर रहा हूँ, कि यदि मेरी प्रार्थना को पूर्ण के लिये सहायता मिले, तो इस प्रपत्र में उक्त उद्देश्य है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस प्रपत्र की राशि के, या इस राशि का कोई भी हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही किसी अन्य स्रोत से।

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/put-up/produce 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "बोडिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोट और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रकाशित करें, जो "बोडिका" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण से मुझे संबोधित और प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों का उपयोग करके किया जा सकता है। मेरे नाम का उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "बोडिका फाउंडेशन" के अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोट और विवरण मेरी प्रार्थना को पूर्ण करने के लिये है। मेरी प्रार्थना को पूर्ण करने के लिये "बोडिका" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण से मुझे संबोधित और प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों का उपयोग करके किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकृत, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा यह घोषणा की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र में उक्त उद्देश्य के लिये सहमत हैं।

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये प्रार्थना कर रहे हैं, जो कि हमें "बोडिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण से मुझे संबोधित और प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों का उपयोग करके किया जा सकता है।
2. "बोडिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास इलाज के लिये अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण से मुझे संबोधित और प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों का उपयोग करके किया जा सकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये प्रस्तावित

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 12/12/18	Dr. Shanker Nag (Name of Dr. & Designation) अपरेशन का नाम व डिजाइन	Shankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) यह व जहाँ हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिये)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 [Signature]
---	---