

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

 APPLICATION No. : K/1218/2109

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 20/12/18

आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : DILIP NASKAR

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 51

SEX लिंग M

 FATHER/SPOUSE'S NAME : BHANU NASKAR

पिता/पत्नी का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

GHASTIARA PURBA PARA, KENDUR SONAKPUR,

SOUTH 24 PARGANAS, 700150, WEST BENGAL

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

 OCCUPATION : LABOURER

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1600 x 12 = 19,200/-

कुल वार्षिक आय

 (Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

 PAN No. :

आयदाता का पैन नंबर

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

क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का चिह्न 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 से संबंध
1.	DILIP NASKAR	51	M	SELF
2.	MAITA NASKAR	45	F	WIFE
3.	MANDIRA NASKAR	20	F	DAUGHTER

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदोस्त कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्ने लक्ष्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जाति की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो गई सहायता राशि

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 अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- (2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोडिका फाउंडेशन", से लेने जा रहा हूँ, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में दिये गये उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पद पत्र है।
- (3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से इस प्रपत्र की राशि, इस या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये 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 its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 अंगुली के 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" द्वारा प्रसारित, दूर, सार्वजनिक स्थानों पर प्रदर्शित करने के लिए अधिकृत हैं और प्रचारित करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयत्न कर सकते हैं।

(2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए "बोडिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

Shilp Kaur

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 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 द्वारा की गई यह घोषणा/स्वीकृति कि "बोडिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निवेदन को सही है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

(1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमारे द्वारा प्रार्थना की गई है, जो कि हमारे "बोडिका फाउंडेशन" से प्राप्त होगी। यदि हमारे द्वारा प्रार्थना की गई सहायता "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान नहीं की जाती है, तो हमारे पास होगा कि हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखेंगे। यह घोषणा/स्वीकृति कि हमारे द्वारा प्रार्थना की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है, तो हमारे पास होगा कि हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखेंगे।

(2) "बोडिका फाउंडेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है, जो कि हमारे द्वारा प्रार्थना की गई है, जो कि हमारे "बोडिका फाउंडेशन" से प्राप्त होगी। यदि हमारे द्वारा प्रार्थना की गई सहायता "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान नहीं की जाती है, तो हमारे पास होगा कि हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखेंगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20/12/18	<i>Dr. Dhananjay Giri</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का डॉक्टर का नाम और पद	<i>Shib Sankar Bagchi</i> Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>