

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: K/0119/2837				APPLICATION DATE: 23/01/19			
NAME of APPLICANT: JAMUNA MONDAL				AGE-YEARS: 52		SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RABIRAM MONDAL							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Khardanga, Khoshati 12, Sonarpur, South 24 Parganas, West Bengal							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE							
OCCUPATION: HOME MAKER							
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL							
PAN No. (Attach Copy)				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				Yes / No			
Yes / No				हाँ / नहीं			
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.	JAMUNA MONDAL	52	F	SELF			
2.	RABIRAM MONDAL	50	M	SON			
3.	SWAPNA MONDAL	25	F	DAUGHTER			
4.	KALPANA MONDAL	23	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग 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 किये गये विनियम का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE						
2.	SURGERY - LE (31.03.19)						
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कौन सी सहायता मिली			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतियाँ एवं कथन असत्य पाये जाते हैं तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता प्राप्त "बोडिका फाउन्डेशन", से हो जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पदार्थ है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य सहायता हेतु यह प्रयोजन को नहीं है, उस रकम का आंशिक या सम्पूर्ण निराकरण किसी अन्य सोर्सिसे/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ एवं "बोडिका फाउन्डेशन और इसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "बोडिका" एवं अन्य माध्यमों, दूर, सार्वजनिक स्थानों पर प्रदर्शन से मुझे बोडिकीय और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसा करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिये "बोडिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे प्राप्त: सहायता का इच्छा नहीं बल्कि इस सम्बंध में "बोडिका" एवं उपलब्धियों का निर्णय अंतिम और सम्मानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ/होस्पिटल को "बोडिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो सकेगी, जैसे कि हमने "बोडिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी अन्य को सम्बंध में "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अंशिक/पूर्ण रूप से नहीं दी जाती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य सम्बंध से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद तथा रोगी/रोगी के लिये सहायता को प्राप्त या किसी अन्य सम्बंध से नहीं लेगा/लेगी।

2. "बोडिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय गैर-वैद्यकीय/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और गैर-गैर को सही सिफारिशों रोगी एवं हस्पताल को होने और "बोडिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तिथि

25/04/19

Dr. Alek Agrawal
MBBS, MS, FRCS, FICMRF
Rajiv 34788(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छापSanjay Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2