

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2241 APPLICATION DATE : 14/11/2019

NAME of APPLICANT : HABUL NASKAR AGE-YEARS : 64 SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MEGNATH NASKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KAYAL HAT PARA, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : UNEMPLOYED MAJORED / UNMAJORED

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1500 x 12 = 15,600 (Attach Proof of Income)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	HABUL NASKAR	64	M	SELF
2.	RENU NASKAR	62	F	WIFE
3.	LAKAT NASKAR	34	M	SON
4.	PINTU NASKAR	31	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
EPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: CATARACT SURGERY

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

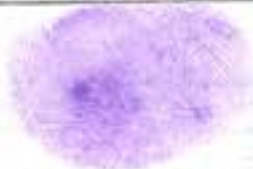
DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं; यदि कोई विवरण सत्य/असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "बोडिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में सहायता हेतु यह प्रारूप भी नहीं है; इस उद्देश्य का अधिक या समस्त निम्न किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से प्राप्त किया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने नाम की पुष्टि करता हूँ एवं "बोडिका फाउन्डेशन और इसकी न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगी, प्राप्त, संचालित एवं प्रदर्शित की जाने वाली गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न हो सके। इस प्रकार का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना के बिना "बोडिका फाउन्डेशन" या न्यायीयों को प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों के प्रकाशित करने से सहायता का हकदार नहीं बनना इस सम्बंध में "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा उक्त न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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.

इहाँ अधिलेखित, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित की "बोडिका फाउन्डेशन" के लिये सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता से उक्त रोगी/रोगिणी को सहायता प्राप्त करने के लिये, जैसे कि हमने "बोडिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमोदन प्राप्त करने के सम्बंध में "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग किया है। यदि "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/अनुमोदन हेतु मांगी जाती है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जा सकती है। इस प्रकार हमें सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता द्वितीय पहर उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी सहायता प्रदान करने के लिये आवश्यक नहीं है।

2. "बोडिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता के बिना उक्त रोगी/रोगिणी का उपचार होने एवं हस्तगत होना या विफल होना और "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इस्तिफा हस्पताल में रोगी के इलाज/उपचार और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "बोडिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>14/01/2019</p>	<p>DR. NARESH KATUN MBBS, D.O, DNB Reg. No. - 63729 Savitri Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर अधिलेखित अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2</p>
