

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 2146 / 1119 / K
आवेदन संख्या :
APPLICATION DATE : 14/11/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ASHOKKUMAR NATH
आवेदक का नाम
AGE-YEARS आयु-वर्ष : 59
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KRISHNACHANDRA NATH
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : दसपुर, पण्डवा, हुगली, वेस्ट बंगाल
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -
स्थायित निवास पता



OCCUPATION : UNEMPLOYED
व्यवसाय :
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2000 x 12 = 24000/-
कुल वार्षिक आय :
(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्पष्ट सलाह संलग्न
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाये)
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 के साथ सम्बन्ध
1.	ASHOKKUMAR NATH	59	M	SELF
2.	REKHA NATH	56	F	WIFE
3.	SACHIN NATH	23	M	SON
4.	SALIN NATH	22	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

EPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय रेशन कार्ड के दोबरे प्रमाण पर (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु करने वाले विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन श्रुति संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SLC(S+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एही गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इस प्रकार की सहायता "बोडिका फाउन्डेशन", से ही आ रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र में है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में सहायता हेतु यह प्रबंध नहीं है, उस राशि का अधिक या कमस विरत किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा सहमत)

- 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "बोडिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उन्हें "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा, कथन/पत्र द्वारा उद्देश्य से खुदो अभिलेखित और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो सके बिना करने को तैयार अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे इलाक के पत्रों या पत्र में पत्रों के लिए "बोडिका फाउन्डेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

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.

हस्ताक्षर अधिकृत, हस्ताक्षरों को और से सम्बन्धित को "बोडिका फाउन्डेशन" के लिये सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार्य करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "बोडिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बंध में "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/सहायता हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय पत्र उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "बोडिका फाउन्डेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता का निर्णय लेने/सहायता/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर को बीमा या निधि है और "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी को इलाज सुझा और लेने जाने को सही विनियमों के तहत एवं हस्ताक्षर को रोगी और "बोडिका फाउन्डेशन" को कोई सुझाव या विनियमों इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अभियंता की तिथि 5/12/2019</p>	<p>Dr. Sankar Bagchi M.B., D.O., DNB Reg. No. - 63729 Sankar Eye Hospital & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोगी व रोगी हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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