

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1119/2349** APPLICATION DATE : **14/11/2019**
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **RAJJAKALI MOLLA** AGE-YEARS **54** SEX **M**
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **KASEM MOLLA**
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **UTTAR GARHDHHA, HARDA, NORTH 24 PARGA**
NAS 793425, WEST BENGAL
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : **LABOURER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 1800 x 12 = 21600** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सक्षम प्रमाण)

PAN No. **स्वास्थ्य खाता संख्या**
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
क्या आप आय का दाता हैं (को मान्य हो उस पर छापी का निशान लगावे): **हाँ / 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.	RAJJAKALI MOLLA	54	M	SELF
2.	CHAEURA BEBI	52	F	WIFE
3.	RAJESH MOLLA	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) गणेशी रक्षा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICSTIOL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED सी गई सहायता धरती

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रिक्त की जा सकती है।
 2) मैं इस बात से सहायता प्राप्त "बोडिका फाउन्डेशन", से ही या रही है, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में सहायता हेतु यह प्रत्येक की नहीं है, इस प्रति का अधिक या सफल दिखाने किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "बोडिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हैं, उसे "बोडिका" एवम् न्यायी, पत्र, संचारण एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कर में करने के लिए "बोडिका फाउन्डेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "बोडिका" एवम् उसके न्यायी/सचिव और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



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 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.

- इसमें ग्राहक, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु "बोडिका फाउन्डेशन" को विवरण प्रमाणित की जाती है, किसे इस (हस्पताल) द्वारा प्रस्ताव से लाभ या हस्तक्षर करने है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवरण सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उभार लेनी/पुनः लेनी या लेनी है, जैसे कि हमने "बोडिका फाउन्डेशन" से विवरण/प्रक्रिया/उपचार के सम्बंध में "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा करण हेतु किया है। यदि "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण/प्रक्रिया/उपचार हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उभार लेनी/पुनः लेनी हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं लेनी/पुनः लेनी।
 2. "बोडिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेनी एवं हस्पताल की ओर का विषय है और "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। हस्पताल हस्पताल में लेनी के हस्ताक्षर द्वारा और जाने जाने की सही विवरण/उपरी एवं हस्पताल की लेनी और "बोडिका" की कोई भी प्रकृति या विवरण/उपरी इस सम्बंध में नहीं लेनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि</p> <p>14/12/2019</p>	<p>स्वीकृति के लिए संस्तुति</p> <p>Dr. Nalinakshi Karan MBBS, DO, DNB Reg. No.-83729 Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Shil Sankar Bagchi Director Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--