

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2LCF APPLICATION DATE: 15/01/2019  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SYEDA MASUDA BIBI AGE-YEARS 44 SEX F  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RESMAT CHOWDHURY  
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS KULESWAR, SOUTH 24 PARGANAS 749315; WEST BENGAL  
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE  
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : HOUSEWIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (उपविहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1700 X 12 = 20400/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्वास्थ्य खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर घड़ी का निशान लगाएं) 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.	SYEDA MASUDA BIBI	44	F	SELF
2.	SYED FAJUR RAHMAN	48	M	HUSBAND
3.	SYED PIRU UDDIN	24	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे मने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रातिपद से चर्चे की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STES+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED एकी गई सहायता राशि

**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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य सच्य वास्तविकता का वास्तविक है तो कोई सहायता निरास भी हो सकती है।
  - 2) मैं इस प्रकार की सहायता यदि "बोधिका फाउण्डेशन", से ही या यही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में परत कर है।
  - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रारूप भी नहीं हूँ, उस राशि का अतिरिक्त या अलग दिशा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या उसे लिया है और न ही भविष्य में हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 resuming 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक द्वारा की गई बातें "बोधिका फाउण्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वेद सच, सच, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "बोधिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने, प्रकाशित करने से जुड़ी मीडिया/प्रिंट और इलेक्ट्रॉनिक मीडिया के लिये किसी भी प्रकार का प्रयोग से अनाधिकृत करने के लिये अधिकृत है। ये प्रारूप का विवरण सही जानकारी के साथ या यह मेरे करने के लिए "बोधिका फाउण्डेशन" से अनाधिकृत है।
  - 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद सच, सच, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं मुझे सहायता का हकदार भी बनाता। इस संबंध में "बोधिका" द्वारा प्रसारित मीडिया का विवरण अतिरिक्त और अनाधिकृत होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदनक 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सच्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विभिन्न सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या उसे है, जैसे कि हमने "बोधिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की अथवा "बोधिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त है। यदि "बोधिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता निरती अतिरिक्त/अनाधिकृत हेतु सहायता नहीं किया जाय है तो अनाधिकृत किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता संगठन का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अनाधिकृत सिफारिश पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं सहायता संगठन।
  2. "बोधिका फाउण्डेशन" से ही या यही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर प्राप्त की गई सहायता या विवरण पर सहायता/सिफारिश का प्रभाव देवी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "बोधिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीसे हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर प्राप्त और जाने जाने की सही विवरण देवी एवं हस्ताक्षर की होगी और "बोधिका" को कोई प्रभाव या जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिये सिफारिश

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/01/2019</p>	<p>Dr. Arghya Das MBBS Reg. No. - 68372 Surgeon (Name of Dr. &amp; Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p><i>(Signature)</i> Ankur Bagchi Director (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>(Signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>(Signature)</i></p>
---	---