

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : W/1119/2174 APPLICATION DATE : 15/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SHANTI MONDAL AGE-YEARS : 52 SEX : F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BASUDEB MONDAL
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : MANI O GHOSHAL PARA BELE DURGANAGAR NORTH 24 PARANAGAL 24338 WEST BENGAL
वर्तमान निवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायी निवासीय पता



OCCUPATION : COOK MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1900 X 12 = 22800/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत प्रस्तुत करें)

PAN No. : XXXXXX ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
आय का पहचान संख्या 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	SHANTI MONDAL	52	F	SELF
2	BASUDEB MONDAL	54	M	HUSBAND
3	NITAI MONDAL	24	M	SON
4	GOUR MONDAL	21	M	SON

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से बांधे की गई प्रतिलेखन सूची प्रस्तुत
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता विधि अन्य स्रोत से लिख गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक प्रपत्र 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलत एवं कथन असत्य बात बताई जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं प्रपत्र में सहायता हेतु "बोडिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त करूँगा, जो कि केवल उक्त उद्देश्य के लिए ही प्राप्त की जा सकती है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में इस राशि का उपयोग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बिमा कम्पनी से न करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक प्रपत्र कर)

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक प्रपत्र को पुष्टि करता हूँ एवं "बोडिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उन्हें "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा, कर्मचारियों द्वारा, उद्योगों से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना के बिना "बोडिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे इच्छा के उद्योगों से प्रसारित किया जा सकता है। सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा उक्त भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरक प्रपत्र कर)

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.

- हस्ताक्षरक प्रपत्र, हस्ताक्षरक को और से आवेदनक प्रपत्र को "बोडिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्ताक्षरक) विना प्रपत्र से सहायता नहीं मिलेगी।
- 1) यह कि मैं या मेरा अंगूठे या मेरी छाप में वित्तिय सहायता किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त उद्देश्य के लिए नहीं करूँगा, जैसे कि हमने "बोडिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अधिकृत किया है। यदि "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में सहायता प्राप्त करने के लिए आवेदनक सिफारिश करने वाले उक्त उद्देश्य के लिए किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं करूँगा।
2. "बोडिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। उद्योगों पर सहायता प्रपत्र से मेरी सहायता या निम्न गये उद्देश्य/उद्देश्य का पुनर्निर्माण एवं इच्छा के बीच का निर्णय है और "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इच्छित सहायता में उद्योगों से सहायता प्राप्त और अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने के लिए आवेदनक को सहायता और "बोडिका फाउन्डेशन" को कोई भी अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत के लिए सिफारिश

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/02/2019</p>	<p>Dr. Ananya Das MS Reg. No. 88822 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका के पते पर</p>	<p>Subash Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षरक अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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