

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 2019/2255 APPLICATION DATE : 28/03/2019

NAME of APPLICANT : SARASWATI MONDAL AGE-YEARS 67 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KUMARESH MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : METALA, BIRBHUM 751123, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2400 X 12 = 28800/- (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	SARASWATI MONDAL	67	F	SELF
2	ISHWARSANDHU MONDAL	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: सहायता हेतु किसे परे विपत्ती का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE CSICS + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेदक 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 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 बात को सहायता प्रति "बंटीका फाउण्डेशन", से ही जा रही हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं है, उस प्रति का अधिकतम या सकल निरास किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा करार)

- 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "बंटीका फाउण्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "बंटीका फाउण्डेशन" द्वारा न्यासीयों, चर, सचिव/सचिवी द्वारा उद्देश्य से मुझे अधिष्ठापित और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो सके बिना कर्तव्य के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निरास मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे करने के बिना "बंटीका फाउण्डेशन" न न्यासीयों अधिकृत है।
 - 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्य से प्रेषित ई मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "बंटीका फाउण्डेशन" द्वारा न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

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 (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रस्ताव 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/रोगिणी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "बंटीका फाउण्डेशन" से सिफारिश/निवेदन प्राप्त के सम्बंध में "बंटीका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "बंटीका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकतम/सकल हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्तित्व वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगिणी के सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं सहायता/लेते।
2. "बंटीका फाउण्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगिणी द्वारा ही मैं सहायता के लिये गये चिकित्सा/प्रक्रिया का चुनाव लेते एवं हस्ताक्षर को घोषणा का निशान है और "बंटीका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर प्राप्त और अपने जाने की सही विधि/रोगी लेते एवं हस्ताक्षर की हेतु और "बंटीका फाउण्डेशन" की कोई सहायता या निवेदन/रोगी इस सहायता में नहीं लेते।

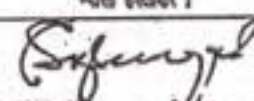
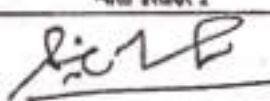
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/01/2019</p>	<p>Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., D.M.S. Reg. No. 1011 Surgical Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के लिए 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> 
---	--