

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. /

आवेदन संख्या :

K/0717/0594

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14.07.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MOBARAK KHAN

AGE/YEARS उम्र-वर्ष

55

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

EKAMAT KHAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DAGNAN KANCHARIPARA, HAORA, FILLGOS,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs. 1500 x 12 = 18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर कादाता हैं (को चयन करें इस पर जो लागू का विवरण सत्यापित करें)

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	MOBARAK KHAN	55	M	SELF
2	JAMIRAN KHATUN	45	F	WIFE
3	JAMSED ALI KHAN	22	M	SON
4	AMJED ALI KHAN	19	M	SON
5	MAMATHA BEGUM	15	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एटीबी रीखा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिखाने वाले विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्त/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी को गई डॉक्टर/सुची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिरावट एवं कथन गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं इस से सहायता यदि "बोडिका फाउंडेशन", से ले जा रही हूँ, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बत रचा है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस खर्च का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोविडर/कम्पनी/बोर्डर से न ले लिया है और न ही जीवन में भविष्य में लें।			
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या छापे की इस स्वीकार, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "बोडिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "बोडिका" एम्बल, पत्र, ध्वज, या अन्य माध्यमों के माध्यम से लोगों को भविष्य में और जानकारी के लिये प्रकाशित करें। इस प्रारूप का उपयोग मैंने इससे पहले या बाद में करने की निरा "बोडिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है। 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग है मुझे प्राप्त: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस प्रारूप में "बोडिका" एम्बल, पत्र, ध्वज, या अन्य माध्यमों का प्रयोग जीवन और सफलता के लिये।			
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄ठ की छाप 			
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार) By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 & 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 के लिये "बोडिका फाउंडेशन" के वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता दी जाती है। 1) वह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये प्रार्थना की जा रही है, जैसे कि हमने "बोडिका फाउंडेशन" के सिफारिश/सिफारिश प्राप्त से प्रस्ताव में "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निराकार/अस्वीकार/अस्वीकार हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बना जाता है कि अस्पताल प्रत्येक तरह का प्रार्थना हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेने/लेने। 2. "बोडिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे में हम अस्पताल द्वारा की गई सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रक्रिया का प्रस्ताव देने एवं हस्ताक्षर को सही का प्रमाण है और "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए अस्पताल में प्रवेश के प्रमाण प्रमाण और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी हमारे एवं अस्पताल की होती है और "बोडिका" को कोई भुविता या जिम्मेदारी इस प्रारूप में नहीं होती।			
RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निस्त का निश्चय सहायता)		ACCEPTANCE स्वीकृति	
REJECTION निस्त		REJECTION निस्त	
Date of Surgery अस्वस्थ की तारीख 14/04/18	Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No. - 58096 Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर या छाप	Sankar Bagchi Director Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम या पता अस्पताल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION			
SANCTIONED स्वीकृति		REJECTED निस्त	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2	
			