

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building blocks of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0717/0609

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/05/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

ROKEYA BIBI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्न्या का नाम

GOLAMBABI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MALICK PARA RAJESWAR BIRSA HAMELA
NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : टाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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.	ROKEYA BIBI	62	F	SELF
2.	GOLAM BABI MONDAL	40	M	HUSBAND
3.	BAJU SK	28	M	SON
4.	MONTAJ	35	F	DAUGHTER
5.	TYARAJ	32	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

SPL Card (Attach Card Copy) सोपी रिक्त के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीतिर के चर्चा की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (CICSTIOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत के लिये क्या है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे खारिज किया जा सकता है।
- 2) मैं इससे सहमत हूँ कि "बोडिका फाउंडेशन", मेरी मदद करेगी, उसका उपयोग इस प्रपत्र में दिये गये उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में सत्य माना है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से इस प्रपत्र की मदद से, इस प्रपत्र का उद्देश्य या सत्य विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/print-up/produce 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ एवं "बोडिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "बोडिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण एवं इंटरनेट के ज़रूरी पर्सनल/पब्लिक उपयोग के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार में प्रयुक्त करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका यह विवरण भी समझता हूँ कि मेरे नाम या पता के बिना "बोडिका फाउंडेशन" में किसी भी प्रकार से "बोडिका" द्वारा प्रसारित की जाने वाली जानकारी का उपयोग नहीं किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है प्रपत्र पर: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस प्रपत्र में "बोडिका" द्वारा प्रसारित की जाने वाली जानकारी का उपयोग नहीं किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



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 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 प्रस्तुत करने वाले "बोडिका फाउंडेशन" के विरुद्ध सहायता हेतु विचारों की जा रही है, किसे इस (हस्ताक्षर) मिल सकता है या नहीं या खारिज करने की।
- 1) यह कि मैं या मेरी हस्ताक्षर और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से इस उद्देश्य के लिए नहीं ले रहा हूँ, किसे कि हमने "बोडिका फाउंडेशन" से सहायता/विचार उस के समर्थन में "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित किया है। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रसारण हेतु प्रसारित नहीं किया जाय तो अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता के समर्थन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में सत्य माना जाय है कि सहायता प्रदान करने वाला कोई-किसी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहा है।
2. "बोडिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हमारा प्रपत्र में नहीं सहायता या किसी भी प्रकार/प्रक्रिया का प्रसारण नहीं एवं सहायता के बीच का विचार है और "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार नहीं है। इसलिए सहायता में लेने के प्रचार प्रसारण और अपने अपने को सही विचारों से लेने एवं सहायता को लेने और "बोडिका" को कोई प्रचार या विचारों इस प्रपत्र में नहीं होना।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (सवीकृत/निस्त का निराकरण समर्थन)		ACCEPTANCE समर्थन	REJECTION निस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/08/18	Dr. Arindam Deb MBBS, D.O., FRCS Reg. No. 58096 Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Sankar Begchi Director Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पता हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक द्वारा करार)

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
☒ SANCTIONED समर्थन	☐ REJECTED निस्त		