

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

अवेदन संख्या :

K/0717/0610

APPLICATION DATE :

अवेदन तिथि

14/07/17

NAME of APPLICANT :

अवेदनकर्ता का नाम

JIYABDDIN MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

OYAJADDIN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

PART NO - 73, PRITHA DA, NORTH 24 PARGANAS,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : PERM निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

UN EMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (आपका पास है)

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

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

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 अवेदनकर्ता के साथ सम्बन्ध
1.	JIYABDDIN MONDAL	72	M	SELF
2.	AMEDA BIBI	65	F	WIFE
3.	GIYASUDDIN	40	M	SON
4.	SAFIYAH ISLAM	32	M	SON
5.	HAMIDA ISAMU	25	F	DAUGHTER
6.	RAHISUDDIN	32	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आर वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/वैद्यक से जारी की गई दवाइयों की प्रमाण पत्र
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो वह सहायता पारी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पर):

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दया गया होगा तो मेरी सहायता निरास हो या रद्द हो।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "बोडिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का रसीद या वापस किया किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लेता हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति):

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/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 fulfilment 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 पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "बोडिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषणा है, उसे "बोडिका" एम्प्लॉयमेंट, दान, चरित्र-चित्रण हेतु प्रचारण से सुदृष्टीय और सहायकों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचारण से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी घोषणा का विवरण मेरे प्रकरण के पत्रों पर या बाद में करने के लिये "बोडिका फाउंडेशन" में गवाही अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के प्रयोग हेतु प्रचारण, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सहायता में "बोडिका" एम्प्लॉयमेंट या किसी भी अन्य सहायता को जारी नहीं किया जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति):**

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 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, हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम "बोडिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "बोडिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उस रोगी के लिये "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा है। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अधिकृत हेतु माँगा नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेना या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता हेतु माँगा गया रोगी/रोगी के लिये किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।

2. "बोडिका फाउंडेशन" से जो सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी द्वारा जो सहायता या किसी अन्य सहायता/सिफारिश का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर को देना या देना है और "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचारण नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के प्रचारण हेतु और जो सहायता संगठन को देना और "बोडिका" को कोई प्रचारण या सिफारिश इस सहायता में नहीं होनी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संमति (सवीकृत/निरास का निशान लगावे)		ACCEPTANCE सवीकृत	REJECTION निरास
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/08/18	Dr. Arindam Deb MS, DO, FRCS Reg. No.-58096 Sri Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर नंबर, र.	Sh. Sankar Bagchi Director Sri 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 (अंदरूनी उपयोग हेतु)

✓ SANCTIONED सवीकृत	REJECTED निरास	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2