

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of Life

 APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **NNN/0817/0173**

 APPLICATION DATE : 13/08/2017
 आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : **ANNAPURNA DOLAI**

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **BISWANATH DOLAI (HUSBAND)**

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILL - BENAPUR, P.O. - DO, P.S. - BAHMAN.

DIST - HOWRAH, W.B.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

DO.



PREOP

POSTOP

0173

ANNAPURNA

 OCCUPATION : **HOUSE WORKER**

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : **30,000/- (Yearly)**

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. समस्त खात संख्या

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो बचन हो उस पर सही का चिह्न 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	BISWANATH DOLAI	70	M	HUSBAND
2.	MOHAN DOLAI	40	M	SON
3.	MAHAN DOLAI	35	M	SON
4.	SARASWATI DOLAI	22	F	SON-IN-LAW
5.	ANAMIKA DOLAI	17	F	GRAND DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) तारीखी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या निरुद्धि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RE - RHEUMATOID ARTERITIS II
	RE - RHEUMATOID
2.	SURGERY - SINUS WITH PERIAPICAL RF

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
	V. M. R. N. N. N.	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका 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 प्रकाश में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह मेरी सहायता प्राप्त को नुकसानदायक है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "बोडिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकाश में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं है, इस सहायता का अंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य प्रोविडर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करार)

- 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 प्रकाश पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शिका) अपने स्वामी को पुष्टि करता हूँ एवं "बोडिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकाश में प्रकाशित करें, इसे "बोडिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, संचार/चित्रण द्वारा उद्देश्य से मुझे लक्षित/प्रसारित और जानकारी के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो सहायता की प्रार्थना की जा रही है वह मेरे करने के लिए "बोडिका फाउंडेशन" से प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "बोडिका" द्वारा प्रकाशित अधिकृत का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्शिका का हस्ताक्षर या बाएं 엄指 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 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर को जो हमने यहाँ प्रकाशित किया है, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए या ले रहे हैं, केवल कि हमने "बोडिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित किया है। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हम सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा निर्णय सहायता प्रदान करने के लिए सहायता प्रदान करने का निर्णय हमारे अपने लेना/लेना है।
2. "बोडिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस बात पर निर्भर करता है कि हमने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे बीच का निर्णय है और "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा निर्णय रोगी के हित में होगा और हमारे अपने को भी जिम्मेदारी होगी एवं हमारा कोई रोगी और "बोडिका" को कोई नुकसान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षा की तारीख 24/08/2017	DR. S.S.S. MEDICAL OFFICER NETRA NIRAMAY NIKETAN (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.	BY DY. MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN P.O. (Name of Authorised Signatory DIST. PURBA MEDICAL Hospital) जग व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इलाका 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इलाका 2 <i>[Signature]</i>
--	--