

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1218/1730

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

8/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

CHANDANA BHOWMICK

AGE-YEARS आयु-वर्ष

45

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

GOPAL ROY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

38 D.P. DEY ROAD, TANGRA, KOLKATA,
E-100015, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. : पैन संख्या

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

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

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	CHANDANA BHOWMICK	45	F	SELF
2.	SWAPAN BHOWMICK	47	M	HUSBAND
3.	ABHINAV BHOWMICK	21	M	SON
4.	SURAJIT BHOWMICK	18	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय 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 सबूत
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से चिकित्सीय रिपोर्ट या प्रिस्क्रिप्शन संलग्न करें
1.	MAKING OF CATARACT OP
2.	SURGERY - 1st (Gastric)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो प्राप्त सहायता होगी

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/termination.
- 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.
- 4) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 5) मैं इस बात को ज़रूरतपूर्वक "बोलीका फाउन्डेशन", से भी जा रही हूँ, इसका उपयोग सही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु या भविष्य में नहीं हूँ, जब तक कि कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे ले रहा हूँ और न ही बीमा में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठा छाप कर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "बोलीका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, इसे "बोलीका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित करने के लिए या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रार्थना के उद्देश्य के लिए हैं, उन्हें इस: प्रार्थना का उपयोग नहीं करना। इस प्रारूप में "बोलीका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित करने के लिए अधिकृत और अधिकृत होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठा 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.

होस्पिटल अधिकृत, इसकाफैल को जोड़ने के माध्यम से "बोलीका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से काम न करेगा।

- 1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करेगा जो कि मैं या मेरा हॉस्पिटल के लिए या मेरा हॉस्पिटल के लिए "बोलीका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया इस बात से सहमत है "बोलीका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। यदि "बोलीका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/प्रक्रिया हेतु सहायता नहीं मिलती है तो हॉस्पिटल किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करेगा जो कि मैं या मेरा हॉस्पिटल के लिए या मेरा हॉस्पिटल के लिए "बोलीका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया हेतु सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।

2. "बोलीका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है। हॉस्पिटल द्वारा ही यह सहायता या बिना मेरे जवाबदाारी का चुनाव देती है। हॉस्पिटल को बीमा का निष्पक्ष है और "बोलीका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में कोई भी सहायता प्राप्त और जाने जाने को सही सिफारिश देती है। हॉस्पिटल को कोई और "बोलीका" को कोई भी सहायता या बिना मेरे जवाबदाारी इस मामले में नहीं करेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अर्शक को तारीख 8/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. सहित मुहर Dr. Anil Agrawal MBBS, DNB (Gen), RFFSNE Reg. No. 21177	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) जान व या हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी Shib Sankar Bagchi Director
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

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