

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Bricks of Life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : K/1248/1819		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 21/10/18					
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: MAIMON NESSA		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 69		SEX लिंग: F.		 	
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम: MD. HAFIZ.							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासी का पता 40, NARREL DANGA NORTH ROAD, KOLKATA 700011, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासी का पता - AS ABOVE -							
OCCUPATION: व्यवसाय: HOME MAKER.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ MARRIED					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: NIL		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)					
PAN No. स्पष्ट/खाली छोड़ें		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर का दावा हैं (को मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)		Yes / No हाँ / 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.	MAIMON NESSA	69	F	Self			
2.	SABAR ABILA	35	F	S DA			
3.	KUTUB ABILA	32	M	S DA			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये दिवसी कारण							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिवसी कार्य का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न						
1.	TRABANDER - CATARACT - RE.						
2.	SURGERY - RE (SICERATION)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन आगम प्राप्त होता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का आग्रहपूर्वक "बोतिका फाउंडेशन", से जो मदद मांग रहा हूँ, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना के लिए या भविष्य में पूर्णतः, या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई रिफंड मांगूँगा और न ही भविष्य में मांगूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/post-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 प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक सादर की मुद्रा लगा रहा हूँ एवं "बोतिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, एवं "बोतिका" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग करके दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या बोतिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए अधिकृत हों।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के उपयोग के लिए मैंने "बोतिका फाउंडेशन" से मांगी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप

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

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 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, हमारे द्वारा यहाँ दिये गये हस्ताक्षर/मुद्रा के माध्यम से, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सहमत एवं स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले के लिए मांगेंगे, जहाँ तक कि हमें "बोतिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त हो सके, जहाँ तक कि हमें "बोतिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता का उपयोग करने के लिए आवश्यक है। यदि "बोतिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से न मिलती है, तो हमें अपने मामले के लिए वित्तीय सहायता को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार, हम (हॉस्पिटल) अपने रोगी के मामले के लिए पूर्णतः और अलग-अलग रूप से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।

2. "बोतिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। उपरोक्त वित्तीय सहायता के लिए हम (हॉस्पिटल) अपने रोगी के मामले के लिए पूर्णतः और अलग-अलग रूप से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्रकार, हम (हॉस्पिटल) अपने रोगी के मामले के लिए पूर्णतः और अलग-अलग रूप से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

08/12/18

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. और मुहरDr. Sankar Bagchi (OPHTH)
Dr. Sankar Bagchi (OPHTH)Sankar Bagchi
Director(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर/मुद्रा अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आवेदक 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आवेदक 2