

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0812/10917** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **04.08.18**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **MD. ZAMRUDDIN** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **62** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **MOHINUDDIN**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **3, SIR SYED AHMED ROAD, KOLKATA, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय: **LABOURER**

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **RS. 1600 x 12 = 19,200/-** (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थायी खाता संख्या: _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही 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 संबंध
1.	MD. ZAMRUDDIN	62	M	SELF
2.	SKRAT JAHAN	55	F	WIFE
3.	SAMRUDDIN	33	M	SON
4.	SIRA JUDIN	30	M	SON
5.	MUSHRAT BAKUM	22	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विधि आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पट्टी रिकॉर्ड के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन धुनी संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICR/IDL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अथवा पाठ गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता "बोडिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में था।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह व्यय जो मैं कर रहा हूँ, उस व्यय का अधिक या समकाल विवरण किसी अन्य फोर्म/रोक/बोर्ड/कंपनी से नहीं लिया है और मैं भी भविष्य में नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 to 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "बोडिका फाउन्डेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में घोषित है, उसे "बोडिका" द्वारा न्यायियों, चर, चर/चर/चर द्वारा उद्देश्य से कुछी पत्रिका/पत्रिकाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी द्वारा जो विवरण मेरी सहायता के लिये जो पता मैं कर रहा हूँ उसे लिये "बोडिका फाउन्डेशन" में न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है कुछेक सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "बोडिका" द्वारा उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/यहाँ की "बोडिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) विना प्रकार से कथन या स्वीकार करते हैं।

1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहा है, बल्कि कि हमने "बोडिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायी संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायी संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "बोडिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना गैर उपचार/उपचार का प्रमुख रोगी एवं हस्पताल को बीच का निष्पत्ति है और "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी के इलाज शुल्क और अपने-अपने को लगी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "बोडिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निराकरण लागू)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION समन्व
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04.08.18	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, इ	Shiv Sankar Bagchi Director General Education & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED समन्व	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2