

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0818/0935**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **06.08.18**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **NURJAHAN BEGAM**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **60** वर्ष
SEX **F** लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **MORSHED**
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **PART NO-205, KUMARTOLA, NORTH 74
PARGANAS, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**



OCCUPATION : **LABOURER**

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS. 1500 x 12 = 18,000/-** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. **समाप्त**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य 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	NURJAHAN BEGAM	60	F	SELF
2	MIZABUDDIN GAZI	39	M	SON
3	ISLAM GAZI	37	M	SON
4	DIN ISLAM GAZI	34	M	SON
5	KHADIJA BIBI	51	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached असफल/टीप्पर्स से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICSTIOL)

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 शी गई सहायता राशि

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/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 विवरण सत्य बनकर प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ जहाँ सहायता "बॉटिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पता पड़ा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उद्देश्य को नहीं है, उस राशि का अधिक या समकाल विवरण किसी अन्य प्रोवेंडोर/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/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 donation 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का दान लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी संपत्ति को मुद्रित करता हूँ एवं "बॉटिका फाउन्डेशन और उसके आचार्यों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में भोजित है, उसे "बॉटिका" एम्प्लॉयर्स, एन. एच.एस.एल. द्वारा उद्देश्य हेतु मुद्रित/प्रसारित/और प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण में पहले या बाद में करने के लिए "बॉटिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के अधीन है मुझे प्राप्त सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "बॉटिका" एम्प्लॉयर्स आचार्यों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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 और से हस्ताक्षर/रोगी को "बॉटिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) सिर्फ प्रकरण से सम्बन्धित स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त उपचार/प्रकार में होने या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "बॉटिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्रदान के सम्बंध में "बॉटिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "बॉटिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/असफल हेतु गलत नहीं किया जाय है तो हमारा किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्रित में स्पष्ट कहा जाय है कि अन्ततः प्रक्रिया पर उक्त उपचार/प्रकार हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेया/लेते।
2. "बॉटिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "बॉटिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इच्छा चुनना और जाने जाने को सही सिफारिश/रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "बॉटिका" को कोई चुनना या सिफारिश/रोगी इस सम्बंध में नहीं होगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त या निरस्त लगायें)		ACCEPTANCE सम्पूर्ण	REJECTION सम्पूर्ण
Date of Surgery अपेक्षा की तारीख 06.08.18	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 Sri Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रित, र.	Dr. Shankar Bagchi Director Sri Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SANCTIONED सम्पूर्ण	REJECTED सम्पूर्ण	SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2