

Application Form আবেদনপত্র



Patient's Full Name/ নাম: _____

Father's Nam/ পিতার নাম: _____

Address: শহর/ গ্রাম _____ District/জেলা _____

Telephone: _____

Date of Birth জন্ম তারিখ	Month/মাস: Year/সাল:	Age: বয়স:	লিঙ্গ Gender: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
Occupation / পেশা:	Marrieds: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Family Members / পরিবারের সদস্য সংখ্যা: উপার্জনহীন কয়জন / No of Dependent:		
Work Status / চাকুরির অবস্থা Employed /কর্মরত Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	বাৎসরিক আয়: Yearly Income: _____ টাকা	Name of Employer / নিয়োগকর্তার নাম: _____ Address/ ঠিকানা: _____ Telephone No: _____	

Type of illness রোগের বিস্তারিত বর্ণনা:

Date since when it started / কবে থেকে রোগ শুরু হয়েছে? মাস / Month: _____ Year / সাল: _____

Doctor's Name

ডাক্তারের নাম: _____

ঠিকানা / Address: _____ Tel: _____

Estimated cost of the Treatment / Surgery: চিকিৎসার খরচ কত টাকা লাগবে? _____

কি পরিমাণ জোগাড় হয়েছে? _____

Recipient's Name/ প্রাপকের নাম _____

ব্যাংক একাউন্ট নং/ Bank Account No: _____ Transit No _____

Bank Name: _____

Branch Address: _____

Telephone No. _____

Hospital Name / হাসপাতালের নাম

Address / ঠিকানা _____:

Telephone /ফোন নং: _____

Document required / প্রয়োজনীয় নথি: Please check if attached.

Doctor's report / ডাক্তারের রিপোর্ট:

Diagnostic Test Report

ডায়াগনস্টিক টেস্ট রিপোর্ট

রোগীর কঠোর ভিডিও আবেদন /Video appeal of the Patient.

আমি _____ নিশ্চিত করছি যে উপরোক্ত সকল তথ্য সঠিক ও সত্য এবং সাহায্য প্রাপ্ত অর্থ কেবল চিকিৎসা খরচে ব্যয় করব। আমি নিজ দায়িত্বে চিকিৎসা ও অপারেশন ফলাফলের সম্পূর্ণ দায়ভার গ্রহণ করছি এবং সে জন্য দাতা সংস্থা (ICAS) আইকাস বা তাদের প্রতিনিধি ও ভলান্টিয়ার সম্পূর্ণ দায়মুক্ত থাকবেন। I am taking full responsibility for the outcome of the treatment and surgery at my own risk. The donor agency (ICAS) or their representatives and volunteers are not responsible or liable for this.

দস্তখত / Signature _____ Date: _____

Coordinator's Name/ সমন্বয়কারীর নাম: _____

Profession/পেশা _____

Address: _____

Telephone No: _____ Email: _____

Is the Coordinator ICAS registered member? Yes No:

আমি / I (Coordinator's Name / সমন্বয়কারীর নাম) _____ confirming / নিশ্চিত করছি যে উপরোক্ত সকল তথ্য সঠিক।

Note:

Coordinator's responsibility is to verify, supervise and manage the above activities properly on behalf of ICAS.

সমন্বয়কারীর দায়িত্ব হল ICAS এর পক্ষ থেকে উপরোক্ত কার্যক্রমগুলো যথাযথ ভাবে যাচাই করা, তদারকি করা এবং পরিচালনা করা।

দস্তখত /Signature: _____ Date: _____