

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0717/0604

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/08/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

ACHIYA BIBI

AGE-YEARS अनु-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहस्र का नाम

MANCHUR ALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

GOBINDAPUR DHOKRA, UTTAR PRADESH, KANUNJ, GORAKHPUR, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : पैन संख्या (यदि उपलब्ध)

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/हाँ

No/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 से संबंध
1.	ACHIYA BIBI	57	F	SELF
2.	MANCHUR ALI	65	M	HUSBAND
3.	MUSTAFA MALLA	23	M	SON
4.	MUSARAF ALI	30	M	SON
5.	TOULIMA BIBI	42	F	DAUGHTER
6.	AMENA BIBI	25	F	DAUGHTER
7.	MOMENA BIBI	23	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवेदन के निम्न विषयों पर आधारित

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 का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या निशान का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिहास सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: अभिषेक शाह सोनी सा.

- 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 योपपन्न करता हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो सभी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे योपपन्न करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग सही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में माग गया है।
- 3) मैं योपपन्न करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या क्षतिपूर्ति की मांग नहीं, उस क्षति का क्षतिपूर्ति या भुगतान किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न कर लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE THE BIR)

- 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/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 धारा पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृवर्गों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस धारा में घोषित हैं, उसे "कोशिका" समूह पत्रों, धारा, पत्रिकाएं दूसरे माध्यम में मुझे संश्लेषित और प्रदर्शित करने के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रदर्शित करने के लिए अधिकृत है। मेरी धारा का विवरण मेरी प्रार्थना को पाने या कर मे कराने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या उसके अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस धारा से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को जारी रखने से अधिकृत है मुझे प्राप्त। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस समर्थन से "कोशिका" समूह उसके भ्रातृवर्गों का निर्माण अधिकृत और अधिकृत होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

CONCLUSION



AGREEMENT by HOSPITAL. (RISK TO PAT)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अतिरिक्त, इलाहाबाद की ओर से भेजे गये "संक्षिप्त" "संस्करण" से जिनका अन्तर्गत में निम्नलिखित में आती है, जिसे इस (संस्करण) में प्रकाश में आने से पहले ही भेजा गया है।

1. यह कि न तो कौटिल्य और न ही अरियस में किसी साधना विधि और साधना संभवता या किसी अन्य बातों से जमा ऐतिहासिकों में होने या ले जाते हैं, जैसे कि इनके "कौटिल्य साधना" में विचार/विचारों जमा के साधना में "कौटिल्य साधना" हुए जमा हेतु कि है। यदि "कौटिल्य साधना" हुए साधना विधि अधिक/कमाल हेतु मनुष्य की किंच जमा है तो साधना विधि अन्य और साधना संभवता या किसी अन्य साधना से साधना होने का अधिकता सुनिश्चित रहता है। इस पुष्टि में अन्य कहा जाता है कि साधना विशेष मर जमा ऐतिहासिक हेतु किसी और साधना संभवता या किसी अन्य साधना में नहीं संभव/संभव।
2. "कौटिल्य साधना" में ही यह साधना संभवता विचार/विचारों की है। ऐसे या साधना हुए ही यह साधना या किसी अन्य साधना/विचार का साधना ऐतिहासिक साधना की साधना या विचार न ही "कौटिल्य साधना" हुए किसी जमा का कोई साधना नहीं है। इसीसे साधना में ऐतिहासिक साधना और अन्य साधना की साधना विचार/विचारों ऐतिहासिक साधना की साधना और "कौटिल्य" की साधना साधना या विचार/विचारों साधना में ही साधना।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संज्ञाति (स्वीकृत/निगल का निगल स्वाधे)

ACCEPTANCE

FF-11

0000-0000-0000-0000

PROJECT

Date of Surgery
afternoon or night

24/08/17

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No.-58090
Sanku Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regs. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KDSNIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED

10

REJECTED
10/14/02

1999

SIGNATURE _____ **DATE** _____

1997

SIGNATURE OF TRUSTEE: _____

असौ सदा सदा ॥