

C 1386/18/17

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0817/131

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

24/8/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Prem Chand

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Rakesh Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS - वर्तमान आवासीय पता

Village - Hindoi,

Tehsil - Nuh

District - Nuh,

Haryana

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- as above -

Preop
131Postop
Prem Chand

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA 6000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

NA

PAN No. उपाय खाता संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो सत्य हो उस पर खींची का चिह्न लगाएं)

Yes/No

हाँ/नहीं

1

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 के साथ सम्बन्ध
1.	Vikas	20	M	SON
2.	Vishal	18	M	SON
3.	Muskan	16	M	SON
	Two	Daughters		Married

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के निम्ने किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का कीर्त प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आग वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - Re - PP IE - MSC
2.	Surgery - IE - ECCE + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य से हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

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

DECLARATION by APPLICANT: NONE TO DATE XX:

- 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 Kishika 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 पर पुष्टि करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि सहायता यदि "उद्देश्य" के लिए मांगी गई थी, तो मैं केवल उक्त उद्देश्य के लिए ही इस सहायता का उपयोग करूँगा।
- 3) मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से इस सहायता के लिए कोई भी रिफंड/वापस कर नहीं माँगा/माँगीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (where not void)

- 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 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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मैं जिसका इस प्रपत्र में विषय है, उसे "कोशिका" फण्ड, चिकित्सा, शारीरिक, सामाजिक दूसरे उद्देशों के सुदृढ़ निर्दिष्टि और उपायों के लिए किसी भी प्रकार सम्पत्ति से प्राप्त करे के लिए अधिकृत है। ये प्रपत्र का विवरण में इसका को पहले या बाद में करे के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उसके अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना उपायों के पूर्ति के प्रेषित है मुझे स्वतः, भविष्य का इनाम नहीं बल्कि। इस सम्बंध में "कोशिका" फण्ड उसके "ट्रस्टी" का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवश्यक है इसलिए यह अंग्रेजी का विभाग

10-11-20

AGREEMENT by HOSPITAL (HAFDRE 222 400)

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 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 अतिरिक्त, इनामों को जोड़ते हैं म्यांमारियों को "कठिनाई कायमेश्वर" से मिलित लड़ाकू सेना विधायिका को जारी है, जिसे इन (अस्पष्ट) विषय प्रकाश में मध्य व मीडिया जारी है।

- 1) यह कि न तो संवेदन और न ही अधिक में विविध सहायता किसी रीर साकारी संवेदन या किसी अन्य इला से उठाए होती/पावते में होने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका काउन्टेर" में लिपिपिडिपिडि उठा के समथ में "कोशिका काउन्टेर" हुए तरह हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टेर" हुए सहायता विविध अधिक/सहाय हेतु मनुष्य की बिना जग है तो समथता किसी अन्य रीर साकारी संवेदन या किसी अन्य समथता से सहायता लेने का अधिकार मुक्ति प्राप्त है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जाना है कि समथता विविध तरह उठा होती/पावते हेतु किसी रीर साकारी संवेदन या किसी अन्य समथ से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका काउन्टेर" में ले गई सहायता संवेदन विविध प्रकृति की है। ऐसी या समथता हुए ही गई सहायता या किने गने उपकार/प्रक्रिया का मुख्य ऐसी एवं समथता ले सोय का बिना है और "कोशिका काउन्टेर" हुए किसी प्रकार का कोई दमन नहीं है। इसिले समथता में ऐसी के सहायता युक्ति और जग लेने की सही विन्नेरती ऐसी एवं समथता की होती और "कोशिका" की कोई युक्ति या विन्नेरती हुए सहायता में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संसदीय

Date of Surgery
 1998-01-01

25/8/17

DR. WANGCHUK DOMA
Consultant
YENU EYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE
1/31 Sheikh Sagar Institutional Area,
(Opp. of D. J. S. College, with railway
station) Dhaka-1207
Phone- 8135, 8136, 8123, 8124

DR. ABHISHEK B. DAGAR
(Name, Designation & Address of Authorised Signatory)
VENI EYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE
131, Ganga Sarani, Kolkata-700017
28, Phase-II, New Garia-700042
Registration No. : DMC-17300

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

संस्कृत-संज्ञा

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इत्यादि ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

— 2001 NUMBER 2

Rich