

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **NNN/0814/0084**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **12/08/2017**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **ANIMA DAS**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
64

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **Let Jagabandhu (Husband)**
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

VILL- RADHANAGHRA : Po- DO : PS- GAURIA

DIST- HOWRAH : W.B.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता



OCCUPATION : **HOUSE WIFE**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **36,000/-**
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान 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.	Let - JAGABANDHU DAS	55	M	HUSBAND
2.	ASHISH DAS	43	M	SON
3.	SABITA DAS	35	F	SON IN LAW
5	NAYAN DAS	10	F	GRAND DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1	RF - PCITOL
2	LE - SLES WITH PCITOL
3	SUMAR DON.

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि
1	V.M.A.N.N.W	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता ले रहा हूँ और न ही ले रहा हूँ।

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 its 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 its 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित, दूर, वाचनात्मक दूरदर्शन से प्रसारित और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी सहायता के प्रयोग का यह प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग नहीं किया जा सकता। सहायता का प्रदान नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी अंतिम और बाध्यकारी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

(आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान)

(Handwritten signature and thumb impression)

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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रसार के माध्यम से सहायता नहीं कर सकते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया गया है कि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें यह स्पष्ट करना है कि हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का अधिकार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें यह स्पष्ट करना है कि हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का अधिकार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसूची

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/08/2014	MEDICAL OFFICER NETRA NIRAMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN P.O. CHAITANYA PRAKASH DIAL (Name, Designation, Stamp & Signed Signatory of the Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदा इलाख 1 <i>(Handwritten signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदा इलाख 2 <i>(Handwritten signature)</i>
---	---