

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

NNN/0817/0087

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/08/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BIMALA ADHIKARY

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

LET FHANI MAHAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासस्थान पता

VILL- BOULKHALI; P.O- BAURIA; P.S- BAURIA

DIST- HOWRAH; W.B.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासस्थान पता

DO.

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WORKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 000/- (YEARLY)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (यदि खाते में हो)

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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 से संबंध
1.	LET FHANI MAHAN MAHON	65	M	HUSBAND
2.	BEETI BERA	45	F	DAUGHTER
3.	KABITA SANTRA	40	F	DAUGHTER
4.	PAPAY BERA	28	M	GRAND SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए कितनी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RE - NUCLEAR SCLEROSIS - I
	SPARKING - RE - SCLEROSIS WITH PCL

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो गई सहायता राशि
	U M A N N N	

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त हो जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस सहायता के लिए भुगतान नहीं कर रहा हूँ और भविष्य में भी नहीं करूँगा।

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 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 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 मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, वाचनात्मक माध्यमों द्वारा प्रसारित, प्रसारित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए मांगे गए हैं, उनसे मैं सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत हूँ। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का प्रयोग अतिरिक्त और वाचनात्मक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या मुद्रा का स्थान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

हस्ताक्षर/मुद्रा, हस्ताक्षर की ओर से प्रस्तावित करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु इस (हस्पताल) सिफारिश के बिना ही सहायता मिल सकती है।

1) यह कि मैं या मेरी संस्था और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या अन्य स्रोत से, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित करने के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि में स्पष्ट करना चाहते हैं कि सहायता प्रदान करने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना होगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या बिना मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्ताक्षर के बिना ही किया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी रोगी का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के उपचार सुझाव और अन्य जानकारी को सही सिफारिशों के बिना ही हस्ताक्षर की ओर से "कोशिका" को कोई सुझाव या सिफारिश नहीं प्रदान की जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुक्ति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/08/2018	MEDICAL OFFICER NETRA NIRAMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Dr. S. C. Dr. DY MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) ऑथराइज्ड साइनैटरी नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
---	---