

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : NNN/0817/0088 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 12/08/2017 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : JAMUNA PRADHAN आवेदक का नाम		AGE-YEARS 74 वयस वर्ष	SEX F लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SANJAY (Son) पिता/सहोदर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता VILL - W. BURIKHALI : P.O - BURIKHALI : P.S - BAURIA, DIST - HOWRAH : W.B.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवासस्थान पता Do.					
OCCUPATION : FARMER व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 72,000/- (YEARLY) कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. NA आय कर पत्र संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आय कर आय कर पत्र है (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न 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.	SANJAY PRADHAN	45	M	Son	
2.	MANIKA PRADHAN	40	F	Son - Inlaw	
3.	SANDHYA ADHIKARY	40	F	DAUGHTER	
4.	SUMAN PRADHAN	4	M	GRAND SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी 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 Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयता/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - RE - NUCLEAR SCLEROSIS - II				
2.	SURGERY - SICS WITH PC IOL - RE.				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिख गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि	
	V.M. ANN				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 एवं सत्यता सत्य नाल है तो मेरी प्रार्थना रिजक्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से जो जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायक हेतु या उद्देश्य को नहीं है, उस यहाँ का अधिकार या सहायक विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

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/post-upreproduce 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, संचारण द्वारा उद्देश्य से दूरी गतिविधियों और प्रदर्शनों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण को चलाने या करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक को उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायक का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन प्रदर्शनों का निर्णय अंतिम और सत्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

bio of J. Pradhan

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 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे/होस्पिटल को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिफारिश करने से सत्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/प्रकरण में ली जा सकती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किया उक्त को सत्य न "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक निर्दिष्ट अधिकृत/किया हेतु सहायक नहीं किया जाता है तो हमारा निर्णय अन्य किसी सहायक स्रोत या किसी अन्य सहायक स्रोत से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा निर्णय सहायक प्राप्त उक्त रोगी/प्रकरण हेतु किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य सहायक स्रोत से नहीं लेते/लेते।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो कोई सहायक स्रोत वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही वह सहायक या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के प्रत्यक्ष सुझाव और अपने जाने की सही निर्णय रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए योग्यता

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/08/18	MEDICAL OFFICER NETRA NIRAMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. <i>Dr. S.C.</i> <i>kmc 85491</i> <i>23/08/2018</i>	W. Sr. Dy. Manager VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN W. Sr. Dy. Manager (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

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