

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: NNN/0817/0089

APPLICATION DATE: 12/06/2017

NAME of APPLICANT: SHYAMALI MANNA

AGE-YEARS 62

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LET GOPINATH

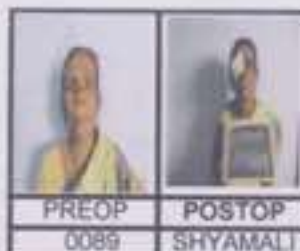
PRESENT RESIDENCE ADDRESS

VILL- BAULKAHALT; P.O- BAURIA; P.S- BAURIA; DIST-

HOWRAH; W.B.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

Do.



OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 40,000/- (YEARLY)

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. 1234 5678 9012 NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 संबंध
1.	LET GOPINATH MANNA	70	M	HUSBAND
2.	SUKUMAR ADHIKARY	52	M	SON NEPHEW

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

BPL Card (Attach Card Copy) पोली कार्ड के साथ 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 किये गये निम्नलिखित कारण:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	6. DIAGNOSIS - RE-NUCLEAR SCLEROSIS-III-IV
2.	SURGERY - SIDS WITH PO TOL RE

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
	VM A NNN	

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायक प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से सही ज्ञात कर रहा हूँ, प्रत्येक उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं हूँ, इस राशि का अधिक या समकालिक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो दिया है और न ही भविष्य में दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

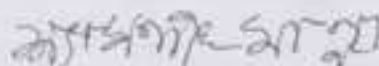
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दूर, साक्षात्कार द्वारा जहाँ से मुझे चिकित्सा और उपचार के लिए किसी भी प्रकार सहायता के प्रयत्न करने में मदद कर सकते हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र में उल्लेखित है कि मैं इसे "कोशिका फाउंडेशन" में अपने अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के प्रयत्न से संबंधित हैं मुझे प्रदान: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रदान की जाने वाली किसी भी सहायता और सहायता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान


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:

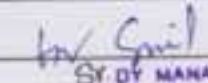
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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 this matter.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी को प्रदान करने के लिए किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/चिकित्सा प्रदान की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हमें यह ज्ञात है कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/चिकित्सा प्रदान की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हमें यह ज्ञात है कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/चिकित्सा प्रदान की है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा की गई चिकित्सा या चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के प्रत्येक सुझाव और अपने चिकित्सा चिकित्सा रोगी एवं हॉस्पिटल की ओर और "कोशिका" को कोई भी सुझाव या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/08/17	DR. P.M. MEDICAL CONSULTANT MAYRA NIRMAY NIKETAN VISHWANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 SY. DY. MANAGER VMA NETRA NIRMAY NIKETAN P.O. CHAITANYAPUR (HALDIA) (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक द्वारा उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
