

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	NNN/0817/0095	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	12/08/2017
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	TARABALA JETI	AGE-YEARS आयु-वर्ष	50
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम	HEMANTA		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता			
VILL- BOULKHALI ; P.O- BAVATH ; P.S-BAURIA			
DIST- HOWRAH ; W.B.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता			
Do			



OCCUPATION : व्यवसाय	FARMER (HOUSE WIFE)	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	48,000/- (YEARLY)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)
PAN No. : पैन 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 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.	HEMANTA JETI	50	M	HUSBAND
2.	SANJAY JETI	35	M	SON
3.	MAITHU JETI	30	F	DAUGHTER
4.	RANJITA JETI	31	F	SON-IN-LAW
5.	ARVIND JETI	16	M	GRAND-SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित कारण:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/दवाखुरा से संबंधित डॉक्टर की राय प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - N.S.T. + P.S.C.
2.	SURGERY - STES WITH PERITON

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 तो यह सहायता राशि
	V. M. A. 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 statements 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 जाय तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से जो मैं चाहता हूँ, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रत्येक नहीं करूँ, इस दवा की आर्थिक या चिकित्सा विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो दिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.

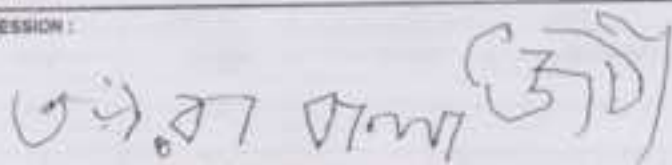
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दान, वसुधाएं द्वारा उद्देश्य से सुदूर विविधियों और वित्तियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के माध्यम से या मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में यादों अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है सुदूर तक: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा प्रसारित यादों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की और से भरोसेपूर्वक को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सत्य न प्रतीत करता है:

1) यह कि मैं या मेरा अंगुली और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेगा/करने में लगे या ले ले, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/प्रक्रिया हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत पर सहायता प्रदान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा निर्णय सहायता हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/लेने।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हमारा द्वारा ही मैं सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हमारा से सहायता का निष्पत्ति है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हमारे द्वारा सहायता में लेने के प्रभाव मुक्त और जाने जाने की सही निर्णय लेने एवं हमारा को कोई और "कोशिका" को कोई प्रभाव या निर्णय लेने इस प्रकार में नहीं लेने।

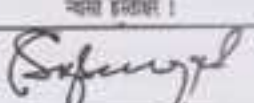
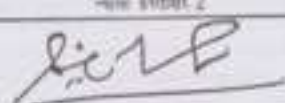
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुद्धि

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 8/08/2018	DR. S.C. MEDICAL OFFICER NETRA NIRAMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION AGRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका व पंजी. नं. 85731 23/09/2018	Dr. S. C. DY. MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN P.O. CHAITANYAPUR ATALDI (Name, Designation & Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व इलाका अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 यादों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 यादों हस्ताक्षर 2 
--	---