

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

 APPLICATION No.: **NNN/0817/0096** APPLICATION DATE: **12/08/2017**
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT: **BIMAL BAR** AGE-YEARS आयु-वर्ष **67** SEX लिंग **M**
 आवेदक का नाम

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **BINAY (SON)**
 पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILL- **BOUKHALI**; P.O- **BAURIA**; P.S- **BAURIA**DIST- **HOWRAH**; W.D.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

DOOCCUPATION: **FARMER**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **30,000/- (YEARLY)**
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)PAN No. **NA**ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्म 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.	BASANTI BAR	60	F	WIFE
2.	BINAY BAR	40	M	SON
3.	LOMMI BAR	36	F	SON IN-LAW
4.	SUBARHITA BAR	13	M	GRAND SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के निम्न विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये किता की उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - NUCLEAR SCLEROSIS II
2.	SURGERY - SICS WITH PC IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य की हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
	V 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाय तो उसे वेरी सहायक निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायक प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से लेता हूँ कि, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य के पूर्ण से होने किता जायेगा, जो इस प्रपत्र में माग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायक हेतु या उद्देश्य को नहीं हूँ, इस रीति का अधिक या उचित किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की 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 घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, पत्र, साप्ताहिक दूरदर्शन से लुटी वीडियो और पत्राचारों को दिये किसी भी उचित माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। ये प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में बदली अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायक के निर्देशों से प्रसारित है मुझे सहायक का हस्ताक्षर नहीं चाहिए। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा इसके अधिकृतों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

विशाल कक्

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.

इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से सहायक हेतु विवरणों की जांच है, किता इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से सच न स्वीकार करती है।

- 1) यह कि न तो कोशिका और न ही भविष्य में किसी सहायक किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निरास/निरासित करने के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक निमित्त अधिकृत/अनुमति हेतु मंजूर नहीं किता जाय तो वे अन्यथा किसी अन्य स्रोत सहायक को किता अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अन्यथा द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किता के सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं होगा/होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने एवं सहायक लेना निमित्त उचित किता है। लेने या हस्ताक्षर द्वारा लेने एवं सहायक या किता गये उद्देश्य/उद्देश्य का पुरान लेने एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किता उद्देश्य का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में लेने के इलाज सुरक्षा और अन्य बातें को सही दिखाने हेतु एवं सहायक को सही और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या निमित्त हेतु इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/08/2017	DR S.C. MEDICAL OFFICER NETRA NIRAMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION AURAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. hmc 85491 23/09/2017	ST DR MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN H.O. CHAITANSHU PALDIA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--