

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. : NNN/0817/0097

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 12/08/2017

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : HARADHAN ROY

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : TAPAS (SON)

पिता/सहोदर का नाम

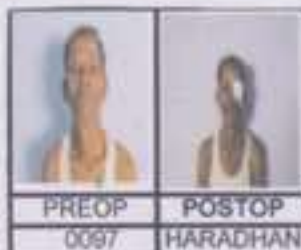
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILL - VASAPARA P.O - BAURIA P.S - BHURIA

DIST - HOWRAH : W.B.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

DO.



PREOP

POSTOP

0097

HARADHAN

OCCUPATION : HOME GARED

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. : कोई नहीं

आय कर

NA

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

क्या आप आय कर दाखल करते 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 से संबंध
1.	CHAYA ROY	56	F	WIFE
2.	TAPAS ROY	35	M	SON
3.	MAHUA ROY	28	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की नौपै डिवाइन पत्र (प्रमाण पत्र की कला प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कला प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कला प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - NUCLEAR SCLEROSIS II + PSC
2.	SURGERY - SURGICAL TREATMENT FOR PSC

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
	VPM NNN	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा घोषणा)

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या उद्देश्य को नहीं है, इस मदद का आर्थिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा स्वीकृति)

- 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-up/produce 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ स्वीकृति करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दूर, संचारण दूर उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार संचारण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण मेरे द्वारा के पते या घर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का प्रस्ताव नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित विवरण का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या बाएं तर्जनी का निशान

Hareeshom Reddy

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँसे हमारी ओर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य न कर सकेंगे:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होकर हमारे पास रहे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता हेतु संपूर्ण नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता वित्तीय सहायता प्राप्त होकर हमारे पास हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकते।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे द्वारा ही यह सहायता या निम्न गैर-वित्तीय प्रकृति का चुनाव हमारे द्वारा हमें सहायता के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें सहायता से हमें के द्वारा सहायता और हमें करने की ओर सिफारिश हमारे द्वारा हमें सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई धृष्टि या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

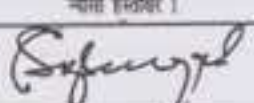
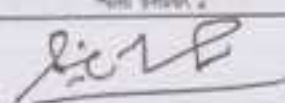
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/08/2017	MEDICAL OFFICER NETRA NIRAMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व	3rd Dy MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN P. C. CHAITANYA R. JALDIA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 
---	--