

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

NNN/0817/0143

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13/08/2017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

GOBINDA SINGH

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहस्र का नाम

Chaya Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

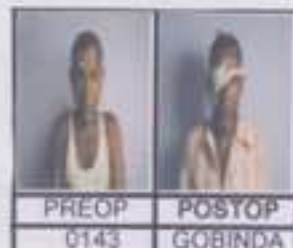
Vill: Kany Chak, Po: Sumda, PS: Baganan.

Dist: BBSR

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Vill: Kany Chak, Po: Sumda, PS: Baganan.

Dist: BBSR



OCCUPATION :

व्यवसाय

farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

10,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : यहाँ खाली छोड़ें

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें):

Yes / No

हाँ / 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	Chaya Singh	48	F	Wife
2	Pratap Singh	17	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे पत्र विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis: RE, Nucleolar Sclerosis ITT
2.	Operation Notes: SLCS WITH PCTG, RE

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 गई सहायता राशि
1.	V.M.A.N.N.	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यता पूर्ण "कोशिका फाउन्डेशन", से जो जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु माग प्रार्थना की नहीं है, उस दवा की खर्च या उपचार किसी अन्य प्रो.वि.पे.स.के.पी.एस. कम्पनी से न हो सके हैं और न ही भविष्य में होंगे।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कथन)

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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, संचारण द्वारा उत्प्रेषण से सुदूर रेडियो/टेलीविजन और इत्यादि के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे कानून के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" के बिना अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरी सहमति के उत्प्रेषण से प्रसारित किया जा सकता है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, अंगुली का छाप और अन्य कानूनी हस्तक्षेप।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

Shalinda Singh

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कथन)

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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) किसी प्रकार से नाम या कमीशन का भुगतान करें।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए माग किया जाय है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता माग करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता के बिना हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा ही माग किया जाय है बिना हमें सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज का चुनाव और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हॉस्पिटल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भुविमा या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संयोजक

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

24/8/17

MEDICAL OFFICER
Dr. K. K. NETRA NIRAMAY NIKETAN
VIVEKANANDA MISSION ASRAM
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

ST. DY. MANAGER
VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN
(Name of Hospital & Signature of Authorised Signatory
of Hospital)

नाम व पत्र हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्योती हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्योती हस्ताक्षर 2

[Signature]