

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of Life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : NNN/0817/0144

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 13/08/2017

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : ARATI DOLUI

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60

SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : PRABHAS DOLUI (Son)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILL - NATIPUR : P.O - ABUNSHI : P.S - GANAI

DST - HOORAH : W.B.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Do.



OCCUPATION / व्यवसाय : HOUSE WIFE.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 48,000/- (YEARLY)

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. संख्या : खाली छोड़ें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो कानून 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 संबंध
1.	LEET BHIM DOLUI	60	M	(HUSBAND)
2.	PRABHAS DOLUI	35	M	Son
3.	SOBHAS DOLUI	26	M	Son
4.	SABITA DOLUI	25	F	Son-in-law
5.	SUMAN DOLUI	10	M	GRAND CHILD

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरी अना

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अपवाद/दवाखत से जारी की गई प्रिविरेन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - LE NOCLEAR SCLEROSIS III
2.	SURGERY - SICS WITH PC ToL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 सी गई सहायता राशि
	V. M. A. N. N. N.	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता दान "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं हूँ, इस दान का आर्थिक या सहायता विवरण किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ली जा रही है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कबल)

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 द्वारा मैं अपने इसका या अपने को जान लक्षण, मैं (आवेदनक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस द्वारा मैं घोषित है, उन्हें "कोशिका" दम्पन, प्रसारण, प्रकाशन, दूरदर्शन से हुई गतिविधियों और प्रसारणों के लिये किसी भी उचित माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी द्वारा का विवरण मेरी इसका को पालने या धारण करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्पन, प्रसारण, प्रकाशन और सहायता को जारी रखने और सहायता को जारी रखने का निर्णय केवल और केवल केवल है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान

Dr. of Anand Doshi

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कबल)

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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की जायेगी से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जायेगी, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य न कर सकते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त को सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अधिकाधिक हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य या सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा प्रतिक्रिया प्राप्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले सकते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता या विवरण से उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज प्रकृति और अपने जाने को सही विवरण रोगी एवं हॉस्पिटल की रोगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या विवरण इस सम्बंध में नहीं लेते।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुक्ति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/08/17	MEDICAL OFFICER NETRA NIRMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	ST. DY. MANAGER VMA NETRA NIRMAY NIKETAN (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) DIST. (MUMBAI/RAJASTHAN) रज. नं. व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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