

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.
APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

NNN/0817/0147

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

13/08/2017

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

REKHA MANDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

RAMONI MOHAN MANDAL (HUSBAND)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

VILL- ANGUNSHI S.P.O- DO : P.S- BAHMAN

DIST- HOWRAH : W.B.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

VILL-

DO.



PREOP

POSTOP

0147

REKHA

OCCUPATION :
व्यवसाय

HOUSE WIFE.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

40,000/- (YEARLY)

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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 सम्बन्ध
1.	ROMANI MOHAN MANDAL	23	M	(HUSBAND)
2.	ABHISIT MANDAL	40	M	Son.
3.	SATHI MANDAL	30	F	SON-IN-LAW
4.	ADRIANA MANDAL	7	F	GRAND CHILD

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
सहायता के लिये विधि आधार

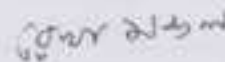
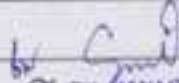
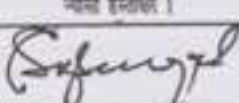
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - LE NUCLEAR SCLEROSIS T1200-1P30
2.	SURGERY - SPIN WITH PCL.

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: अर्पणक 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. 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। और कोई विवरण एवं सत्यता प्राप्त प्राप्त है जो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है। 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारण में बताया गया है। 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं है, उस सहायता का उपयोग या सहायता प्राप्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो सहायता है और मैं ही अर्पणक में नहीं।	
AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा सत्यापन) 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 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. 3) इस प्रारण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" को उसकी गतिविधियों के लिए मेरी नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारण में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रारण का उपयोग मेरी सहायता के लिए या अन्य किसी भी उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में नहीं अधिकृत है। 4) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए प्रसारित हैं, उन्हें केवल सहायता का प्रस्ताव नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित गतिविधियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: अर्पणक का हस्ताक्षर या अंगुली का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सत्यापन) 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 adopted/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. 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो सहायता है और मैं ही अर्पणक में नहीं। 4) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो सहायता है और मैं ही अर्पणक में नहीं। 5) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो सहायता है और मैं ही अर्पणक में नहीं।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए अनुमति DR. M. P. MEDICAL OFFICER NETRA NIRAMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप  DR. DY. MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN (Name of Hospital & Regn. No. with Stamp) DIST. PURBA MEGHALAYA नाम व पता हस्पताल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 