

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.
APPLICATION No. : NNN/0817/0148
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 13/08/2017
आवेदन तिथि :NAME of APPLICANT : GOPAL MAITY
आवेदक का नाम :

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Sandhya Maity

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान उद्धारस्थान पता

Vill: Joka, P.O: Dargahpuri, P.S: Bagman,
Dist: Howrah

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी उद्धारस्थान पता

Vill: DA, PO: DA, PS: DO, Dist: DA

PREOP
0148POSTOP
GOPAL

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

10000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. सर्वोच्च आय प्रमाण

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो खाने हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 संबंध
1.	Sandhya Maity	58	F	Wife
2.	Son	34	M	Son
3.	Daughter	25	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निर्धारित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पोस्ट कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पुष्टि संलग्न
1.	Diagnosis: RE, vitreous detachment, I+PPH+PSI
2.	Operation Notes: STCS WITH P. IOL, RE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता रकम
1.	V. M. A. N. N. N.	

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोदय संस्थान

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसरण प्राप्त एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कौशलिक आधारभूत", से की जा रही है, उसका उपयोग उद्योग के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्यक्ष को नहीं है, उस राशि का अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (जोखने द्या वारु)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) heretofore agree & authorize 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 प्रश्न का जवाब इसका वह जगह की रूप लेना, मैं (अर्पक) अपनी जानकारी को मुझे कहा है कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को प्रेषित करने है कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में दीया है, उसे "कोशिका" एनएच आर, या अन्यथा एनएच आर के द्वारा प्रेषित करने के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग के प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में इसका वह जगह या बार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व अन्यथा अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के प्रदान करने के अधिकार है मुझे कहा: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एनएच आरके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अमेरिका के इलाका पर जंगल का विह्वल

Agave nivalis

AGREEMENT by HOSPITAL (KHUON 2011 4/11)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 patients, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

उपरोक्त जलचक्र, हावेली की ओर से चमल/पेरी की "कोशिका चमल/पेरी" से मिलित आवाजें बहुत शक्तिशाली की जाती हैं, जिसे हम (हमारे) मिल प्रकाश से चमल व कोशिका चमल है।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती यां लिपि संस्तुति

Date of Surgery अस्त्राण को काटने का 24/08/17	MEDICAL OFFICER DR. SS B NETRA NIRAMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका का पता 14/05/2009	ST. DY. MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN (Name of Manager or Authorised Signatory) DIST. PURMA MEDICAL नाम व पता इलाका का पता
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नमो इन्द्रधनु 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नमो इन्द्रधनु 2
	