

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. : NNN/0817/0149

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 13/08/2017

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : NIMAI KOLE

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Jata Bibi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास स्थान

Vill+PO: Jaka, PS: Bagman, Dist: Howrah

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास स्थान

Vill+PO: DA, PS: DA, Dist: DA



PREOP

POSTOP

0149

NIMAI

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

60,000

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. पत्राई खाते संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन करें)

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.	Jata Bibi	50	F	Wife
2.	Labin Kola	40	M	Son
3.	Animesh Kola	35	M	Son
4.	Shreeta Bibi	35	F	Son-in-law
5.	Jahira Bibi	25	F	Son-in-law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या दिवसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाखाने से जारी की गई दवाखाने सूची संलग्न
1.	Diagnosis: LE Nucleon Sclerosis IV+CC
2.	Operation Notes: STCS WITH PC IOL, LE

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 तो यह सहायता राशि
1.	V. M. A. N. N.	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें:

- 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 सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो कोई सहायता विवरण भी ज्ञात नहीं है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु या उद्देश्य को मैं नहीं हूँ, उस उद्देश्य का अधिक या समान विवरण किसी अन्य सोर्सिग/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या जो भी मदद मिलेगी और या ही घोषणा मैं नहीं हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को घोषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्पु न्यासी, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से जुड़े सोर्सिग/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या जो भी मदद मिलेगी और या ही घोषणा मैं नहीं हूँ।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है उसे अन्य, सहायता का हस्ताक्षर भी करता हूँ इस सम्बंध में "कोशिका" एम्पु न्यासी न्यासी और सहायता की छाप।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सकार)

- 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.
- हमने अधिष्ठाता, हॉस्पिटल की ओर से नामित/नियुक्त को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सकार व स्वीकार करते हैं:
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मिलेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सकार हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सहायता हेतु सकार नहीं किया जाता है तो हमसब वित्तिय अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता संगठन का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसब वित्तिय सकार उक्त रोगी/रोगी के लिए वित्तिय सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले पाएंगे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद सहायता संगठन वित्तिय सहायता की है। हमने इस प्रकरण में जो भी मदद सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता संगठन का अधिकार सुरक्षित रखता है। हम घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसब वित्तिय सकार उक्त रोगी/रोगी के लिए वित्तिय सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले पाएंगे।

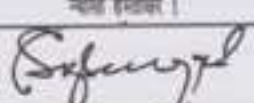
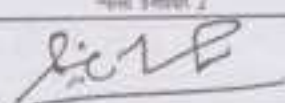
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/8/17	MEDICAL OFFICER 860061 08/10/2017 DR. K. K. NIRMAL NIKETAN VMA NIRMAL NIKETAN (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न.	Sr. Dy. Manager VMA NIRMAL NIKETAN P.D. CHAITANYAPUR (HARIDWAR) (Name of Hospital & Authorised Signatory) डॉ. प्रदीप मेहता नाम व पद हॉस्पिटल अधिष्ठाता अधिष्ठाता
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
--	---