

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. : NNN/0817/0154

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 13/08/2017

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MANGAL AKON

अवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष

67

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Jahanara Bibi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

V.II+PO, Olanjira, P.S. Bagman, Dist. Haimah

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

V.II+PO, DA, P.S. DA, Dist. DA



PREOP

0154

POSTOP

MANGAL

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

12,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. : स्थायी आय संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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 अवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Jahanara Bibi	55	F	Wife
2.	Jahanjiri AKON	32	M	Son
3.	Alam AKON	30	M	Son
4.	Labina Bibi	25	F	Son-in-law
5.	Alufo Ali	2	M	Grand Child

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गोशे रेशन कार्ड का नॉन प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न
1.	Diagnosis: RE. Nigleam Salvosis TI+PSC
2.	Elevation Note: STCS WITH PC IOL, RE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशि
1.	V.M.A.N.N.N	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो कर सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से भुगतान/प्रतिपूर्ति नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार):

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.

1) इस फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टी "कोशिका फाउंडेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लेखित हैं, उन्हें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित की जाने वाली सूचनाओं और जानकारी के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे उद्देश्य के बारे में सत्य होना चाहिए और मैं इसे "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त अधिकृत हूँ।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी द्वारा प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रसारण से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकृत नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदनक का हस्ताक्षर या बाएं 엄새 छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार):

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.

हमारा अधिकृत, इसकाबती को और से मालुम/पेशी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, किंतु हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रसार से अन्य स्रोत से सहायता नहीं करेंगे।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमारे द्वारा प्रार्थना की गई है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/पेशी प्रसार से सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित की गई है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित की गई सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकट के अर्थ यह है कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता के लिए प्रार्थना की गई है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता के लिए प्रार्थना की गई है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा हमारे द्वारा प्रार्थना की गई सहायता के लिए हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का अधिकार है। हमारे द्वारा प्रार्थना की गई सहायता के लिए हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित प्रसार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें हमारे द्वारा प्रार्थना की गई सहायता के लिए हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता के लिए प्रार्थना की गई है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

24/08/17

Dr. A.P.

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Sr. Dy Manager

VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN
P.O. CHANTANAPUR (Haldia)
Dist. PURBA MEDINIPUR
(Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

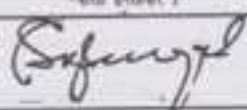
हम व हम हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

