

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of life.

APPLICATION No. : NNN/0814/0155

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 13/08/2017

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : RUPA MAITY

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LAXMIPADA MAITY (HUSBAND)

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

VILL- SITAL CHAK, P.O- BANKURA, P.S-AMTA

DIST- HOWRAH, W.B.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

DO.



OCCUPATION : गृहस्थ

HOUSE WIFE. (FARMER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय

30,000/- (YEARLY)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. जारी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल है (जो लागू 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.	LAXMIPADA MAITY	72	M	(HUSBAND)
2.	ANIL MAITY	38	M	SON.
3.	SUNIL MAITY	42	M	SON.
4.	SITPA MAITY	37	F	SON - IN-LAW.
5.	ADAR MAITY	6	M	GRANDCHILD

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश्ट्र के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSTIC - I.E - NUCLEAR SCLEROSIS II
2.	SURGERY - SILE WITH R 10L

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 कितनी
	V. K. A. N. N. N.	

DECLARATION by APPLICANT: सर्वेष्टे इति शेषं च:

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरासत एवं भ्रम प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में उक्त है।
- 6) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या इसके अंतर्गत कोई भी राशि, इस राशि का अतिरिक्त या समस्त निरासत किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach pp. 48-52)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/republish 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) मंजूरी सम्मति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में बतौर है, उसे "कोशिका" फण्ड न्यासी, दान, सम्बन्धक द्वारा इच्छित से मुझे लक्षित/विपणित और प्रसारित करने के लिये किसी भी उचित माध्यम से प्रसारित करने को शक्ति अधिकृत है। ये फॉर्म का विवरण मेरे हस्ताक्षर को पहले या बाद में करने को शक्ति "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के इच्छित से प्रसारित है मुझे प्राप्त, प्राप्तता का हकदार नहीं करता। इस सम्मति में "कोशिका" फण्ड उसके न्यासी के लिये अंतिम और सम्बन्धकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
 (signature is subject to audit and review)

bi of Rupa maity

AGREEMENT by HOSPITAL: (OPTIONAL) SEE NOTE

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koochika Foundation, we (Koochika) 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.

इससे अधिकतर भारतीयों को और से राजपूतों को "कॉन्सिडर क्वार्टरिंग" से विभिन्न अन्तर्गत से सिखाया जा चुका है, जिसे इस (अन्तर्गत) सिने प्रकाश से जानें व समझें जाते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में किसी संस्थापक किसी भी संस्था की संस्था या किसी अन्य संस्था से इस संस्थापक में (ले या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "बोर्डिंग हाउस" में निवासियों/विषयों को संस्था में "बोर्डिंग हाउस" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "बोर्डिंग हाउस" द्वारा संस्थापक विधि/अधिकार/संस्था हेतु संस्था की संस्था या न तो संस्थापक किसी अन्य भी संस्था की संस्था या किसी अन्य संस्थापक से संस्थापक से का अधिनियम सुनिश्चित नहीं है। इस संस्था में संस्था का संस्था है कि संस्थापक विधि/अधिकार संस्था हेतु किसी भी संस्था की संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं संस्थापक।
2. "बोर्डिंग हाउस" में से भी संस्थापक संस्था विधि/अधिकार की है। संस्था या संस्थापक द्वारा भी संस्था या विधि से संस्थापक/अधिकार का संस्था संस्था एवं संस्थापक को संस्था का विधि है और "बोर्डिंग हाउस" द्वारा किसी संस्था का संस्था संस्था नहीं है। संस्थापक संस्थापक में संस्था का संस्था संस्था और संस्था संस्था की संस्था विधि/अधिकार संस्था एवं संस्थापक को संस्था और "बोर्डिंग" को संस्था संस्था या विधि/अधिकार संस्था संस्था में नहीं संस्था।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery
ਅੰਮ੍ਰਿਤਸਰ ਭੀ ਭਰੋਸਾ

24/08/2017

Dr. A.P.

MEDICAL OFFICER 60
NETRA NIRAMAY NIKETAN
VIVEKANANDA MISSION ASRAM
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

646401
09/04/2009

Dr. DY MANAGER
VMA NETRA NIKAMAY NIKETAN
RD. CHALANTANAPUR NALDIA
DIST PURBA MEDINIPUR
on behalf of Hospital

Dr. CHAITANTAPUR JHA
DIST. PURBA MEDINIPUR
(on behalf of Hospital)

नाम व पद इन्सपेक्टर अधिकांश अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्धीक उपवन हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 २००१ ई०

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी इम्तियज 2

list