

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


**Koshika**  
 foundation  
 Building Block of Life

APPLICATION No. : NNN/0817/0156

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 19/08/2017

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MANJU KHAMRA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NARAYAN (SON)

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

VIL - JOKHA : P.O. - BANWALPUR : P.S. - BANWALPUR

DIST - HOWRAH : WB.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

DO.



PREOP

0156

POSTOP

MANJU

OCCUPATION : HOUSE WIFE.

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 98,000/- (YEARLY)

कुल वार्षिक आय

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

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो बचन हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | HI                                                |                            |                |                                                 |
| 2.                     | NARAYAN KHAMRA                                    | 45                         | M              | SON                                             |
| 3.                     | BAPAI KHAMRA                                      | 38                         | M              | SON                                             |
| 4.                     | SUREKHA KHAMRA                                    | 35                         | F              | SON-IN-LAW                                      |
| 5.                     | SURUP KHAMRA                                      | 18                         | M              | GRAND SON                                       |

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

|                                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                      |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रक्षा के लिये प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>रसदूकान कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विधियों का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>आपराज्य/दवाखुर से जारी की गई प्रविष्टि/पत्र संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - RE - NUCLEAR SCLEROSIS II + PSC.                                                 |
| 2.                     | SURGERY - SLES WITH PC SOL - RE.                                                             |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        | V. M. A. N. N. N.                         |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:**

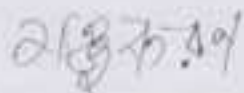
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यथार्थतापूर्वक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस राशि का अधिक या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो प्राप्त करूँगा और न ही अधिकार में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 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/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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" दम्प, ग्राह्य, दान, सहायता के द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के पत्रों या पत्रों से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व ग्राह्य अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) 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 नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" दम्प, ग्राह्य, ग्राह्य या किसी अन्य व्यक्ति को सहायता देने का अधिकार नहीं होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

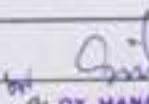
आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.
- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को और से यमल/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वयं व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी साकारी सोसाय या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में आने या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकार/सहायता हेतु समूह नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य गैर साकारी सोसाय या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा हितों पर हमारा उद्देश्य हेतु किसी गैर साकारी सोसाय या किसी अन्य सहायता से नहीं होगा/प्राप्त होगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि सहायता के लिये प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही राशि प्राप्त या दिये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के प्रत्यक्ष सुझाव और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होगी।

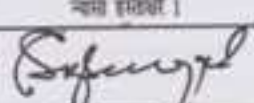
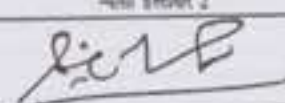
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिये संस्तुति

|                                                       |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>ऑपरेशन की तारीख<br>29/08/17 | <b>MEDICAL OFFICER</b><br>DR. V.K. NEERA NIRAMAY NIKETAN<br>VIVEKANANDA MISSION ASRAM<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. | <br><b>DY MANAGER</b><br>VMA NEERA NIRAMAY NIKETAN<br>(Name of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 1                                 | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 2                                  |
|  |  |