

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : NNN/0817/0157 APPLICATION DATE : 13/08/2017

NAME of APPLICANT : SWARNALATA MANNA AGE-YEARS : 68 SEX : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : HARADHAN MANNA (HUSBAND)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : VILL - BAURAH ; P.O. - MUNSHI ; P.S. - JANNAN
DIST - HOWRAH W.B.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : DO.



OCCUPATION : HOUSEWIFE (FARMER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 50,000/- (YEARLY)

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

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें 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.	HARADHAN MANNA	75	M	HUSBAND
2.	PRASAD MANNA	48	M	SON
3.	PANCHANNA MANNA	43	M	SON
4.	SRITI KONA MANNA	38	F	SON-IN-LAW
5.	SUKHANDU MANNA	21	M	GRAND CHILD

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोली रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे लाने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - LF-NUCLEAR SCLEROSIS II
2.	SURGERY - SIDS WITH POLY LF

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त रहा हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। और कोई विधान एवं कथन अज्ञान या गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मैं जान रहा हूँ, इसका उपयोग इस उद्देश्य के पूर्ण से करने किसे किसे, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस रकम का अधिकतम से अधिक किसे किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

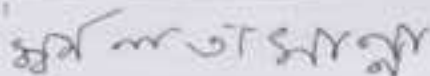
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including 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) अपने सहमतियों को यह घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दूरदर्शन, दूर, या अन्य माध्यमों द्वारा प्रसारण से मुझे सौंप दें और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन, अंगूठे की छाप और अन्य माध्यमों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदनक को 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से परमिट/लेटर को "कोशिका फाउन्डेशन" से भित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरा हस्पताल और न ही भविष्य में भित्तिय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य रोगी से उम्मीद करने के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/लेटर उम्मीद से सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकृत/प्रक्रिया हेतु प्रस्ताव नहीं दिया जाता है तो हमारा निष्कर्ष है कि सहायता के बिना या किसी अन्य सहायता से या सिफारिश के बिना ही। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा हस्पताल और उम्मीद करने हेतु किसी भी सहायता के बिना या किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहे/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं या हमारा हस्पताल भित्तिय सहायता को है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही मैं या हमारा हस्पताल का प्रस्ताव रोगी एवं हमारा हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हमारा हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर प्रदान और अपने कानों को सही विमोचन रोगी एवं हमारा हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या विमोचन इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

24/08/17

DR. W.V.

MEDICAL OFFICER
NETRA NIRAMAY NIKETAN
FRANANDA MISSION ASRAM
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख

26/06/18

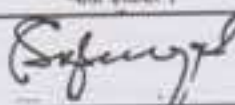
Dr. DY MANAGER
VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN
P.O. SHANTANUPUR (HALDIA)
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामती हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामती हस्ताक्षर 2

