

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

NNN/0817/0158

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

13/08/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

KALPANA MANDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

BANAMALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILL- PURNAI, P.O- AGUNSHI, P.S- BAHMAN

DIST- HOWRAH, W.B.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

DO.



OCCUPATION:

व्यवसाय

BUSINESS

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

₹ 0.000 (YEARLY)

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. (आय) खाता 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 आवेदक के साथ संबंध
1.	BANAMALI MANDAL	72	M	HUSBAND.
2.	BISWAJIT MANDAL	36	M	SON.
3.	MANASIT MANDAL	34	M	SON.
4.	PARANITA MANDAL	26	F	SON-IN-LAW.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अपवाद/प्रीस्क्रिप्शन से साथ की गई प्रतिबंधन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - IE - NUCLEAR SCLEROSIS II
2.	SURGERY - SICS WITH PC TOL IE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करना)

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाय तो उसे वेदो महापात्र विरुद्ध भी न माना जाय।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में पद पद है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी सहायता से न लाभकारी हूँ, इस प्रकार का अधिकार या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासीय, दान, चिकित्सा या अन्य उद्देश्य से मुझे प्रेषित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे पदों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं बनाते। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा न्यासीयों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Signature)

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 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.
- इससे अधिकृत, हमारा हस्ताक्षर की ओर से प्रत्यक्ष/परोक्ष रूप से "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) सिर्फ प्रपत्र से पद पद न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा लेने/पूरा करने में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन/विनियमन हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे पास वित्तिय सहायता उठा लेने/पूरा करने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेते/पूरा करते।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तिय प्रकृति की है। ऐसी या हमारे पास प्रपत्र से पद पद न स्वीकार करते हैं प्रत्यक्ष/परोक्ष का चुनाव लेने एवं हमारे पास से सहायता का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रपत्र का कोई पद पद नहीं है। इसीलिए हमारे पास में लेने का प्रपत्र सुरक्षित और अपने अपने को सही विनियमन लेने एवं हमारे पास को लेने और "कोशिका" को कोई भुगतान या विनियमन इस सम्बंध में नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery अवस्था की तारीख 24/08/2017	Dr. W.K. 86/006/1 08/11/2017 MEDICAL OFFICER NETRA NIRAMAY NIKETAN VIJAYANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पंजी. नं.	<i>(Signature)</i> ST. DY. MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory or Officer of Hospital) चम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>(Signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>(Signature)</i>
---	---