

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: NNN/0817/0159

APPLICATION DATE: 13/08/2017

NAME of APPLICANT: SANDHYA DOLAI

AGE-YEARS मासु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GUNADHAR DOLAI (HUSBAND)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास स्थान

VILL - NATIBPUR, P.O. - ABNASHI, P.S. - KASHI

DIST - HOWRAH, W.B.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास स्थान

Do.



PREOP

0159

POSTOP

SANDHYA

OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 20,000 ₹ (YEARLY)

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. प्राप्त नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो भान्य हो उस पर सही का निशान 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 से क्या संबंध
1.	GUNADHAR DOLAI	60	M	HUSBAND
2.	BUDDHADEB DOLAI	40	M	SON
3.	MADHAB DOLAI	25	M	SON
4.	KRISHNA DOLAI	33	F	SON-IN-LAW
5.	SUKANTA DOLAI	10	M	GRAND-CHILD

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

BPL Card (Attach Card Copy) समर्थन कार्ड के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिविडेंट सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - LE NOCLEAR SCLEROSIS III-IV PROGRESSIVE
2.	SURGERY - STOMACH WITH PERITONITIS (LE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदनकर्ता द्वारा घोषणा है:**

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी मांग प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसी से बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्येक भी नहीं हूँ, उस दृष्टि का अधिकार या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach 100 with)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में जोड़ा है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, चिकित्सा या अन्य उद्देश्यों से चुनी गई विधियों और उपकरणों के ज़रिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रदर्शित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण में इस्तेमाल के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कबाला में उपयोग में लाया है चुने गए; हालांकि यह इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अनुबंध के प्रारम्भ या अंत में का स्थान

मध्यस्थता

AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH TO NTA)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from KashiKa 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.

इसी अंतर्गत, हमारे देश की ओर से सम्प्रेषित की गई "बौद्धिक सम्पत्ति" से मिलित कानून हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हमारे) जिन प्रकार से नाम न जोड़ा करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अभियोग की तारीख

76/08/17

DR. G.S.B.

42260
452609
Name

579

MEDICAL OFFICER
NETRA NIRAMAY NIKETAN
VIVEKAMUNDA MISSION ASRAM

Name of Dr. & Regn. No. with Stamp

हार्डर का नाम न इम्तियाज के रवि न.

1ST DY MANAGER
VMA NETRA NIRMAL NIKETAN

Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

सत्य व सद् इत्येतत्तु अधिष्ठितं अर्थकारि

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भारत सरकार

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ब्यान्डो इन्स्ट्रुमन्ट :

Scrub