

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life.

APPLICATION No. : NNN/0817/0160

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 13/08/2017

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : PABAN MANDAL

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Sibani Mandal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village PO: Bangalpur, P.S.: Gajman, Dist: Howrah

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Village PO: DB, P.S.: DB, Dist: DB



PREOP

POSTOP

0160

PABAN

OCCUPATION : Farmer

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

10,000

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. empty space

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो प्रास्य 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 के साथ सम्बन्ध
1.	Sibani Mandal	48	F	Wife
2.	Souvik Mandal	24	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एएसएससी कार्ड के साथ 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 किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापक/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों/प्राप्ति
1.	Diagnosis: RE, NACROLYTIC SCHEMATA II-III
2.	Operation Note: STES WITH TOL. RE

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 तो गई सहायता राशि
1.	V.M. A.N.V.V.	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन/वक्तव्य दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद है, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह उद्देश्य नहीं चाहूँ, इस मदद का आंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथन)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" दण्ड, न्यासी, दान, समर्थन/दान हेतु उद्देश्य से चुने हुए मासिक/वर्षिक और वार्षिक/मासिक के लिए किसी भी प्रसारण माध्यम से प्रसारित करने में निरूप अधिकृत है। मैं प्रारूप का विवरण भी इसमें से चले या बदलने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अनुरोध अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है उसे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दण्ड, न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

शिवन-अर्शक

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

- 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.
- हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप के साथ हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तियन सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) वित्तियन सहायता से अन्य स्रोतों से मदद नहीं लेंगे।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तियन सहायता किसी और स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से ली जायेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता के लिए अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तियन प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता के बिना हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्पताल में रोगी का निवास है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमें सहायता से रोगी के इलाज शुल्क और अन्य खर्च को पूरी जिम्मेदारी लेनी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" की कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी इस सहायता से नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 44/8/17	MEDICAL OFFICER NETRA NIRAMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM Name of Dr. & Regn. No. with Stamp डाक्टर का नाम व इलाका व पं. नं. Dr. SSB 52285 14-05-2017	Dr. DY. MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN (Hrtd. Occupations & Stamp of Authorised Signatory DIST. PUNE & Dist. Hospital) तम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 Signature	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 Signature
--	--