

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of Life

APPLICATION No.: NNN/0817/0162

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 13/08/2017

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: JATAN JANA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Kamai Jana

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

VII + PO - Singhat PS: Bhatnagar Bhatnagar

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

VII + PO - DO, PS: DO, Dist: DO



PREOP

POSTOP

0162

JATAN

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

10,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. जारी करता संस्थान

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर घड़ी 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.	Kamai Jana	80	F	Wife
2.	Manoj Kumar Jana	30	M	Son
3.	Abhikanti Jana	25	F	Son-in-law
4.	Rahul Jana	18	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Copy) कोटिवादी रेशन कार्ड की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

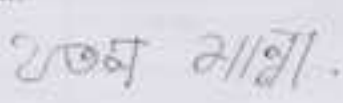
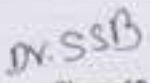
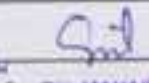
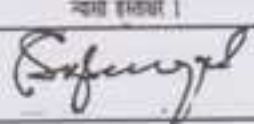
सहायता हेतु किसे गये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached असमर्थन/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis: RL, Nucleoli degenerative HT + CC
2.	of the heart: BRS WITH PERIOD. HT

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र 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 मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं उसे नहीं प्राप्त करता हूँ। 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग किया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस रोगी का चिकित्सा या उपचार किसी अन्य प्रायोजक/रोजगार/बिमा कंपनी से या से प्राप्त है और न ही भविष्य में प्राप्त होगा।		
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 its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 (आवेदनक) अपने सहस्ति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, दूर, संचारक द्वारा इलेक्ट्रॉनिक से जुड़ी गैरिडिजिटल और इलेक्ट्रॉनिक में दिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे हस्ताक्षर के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के इलेक्ट्रॉनिक से प्रसारित है कुछ नहीं होगा। सहायता का हस्ताक्षर नहीं होगा। इस समझ में "कोशिका" समूह, पत्रिका, दूर, संचारक और संचारक द्वारा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 		
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार) By affixing hereunder, signature of our Authorized 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. हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो सकेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निवेदन प्राप्त करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त होगा कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निवेदन स्वीकार/प्रदान हेतु अनुमति नहीं दी जाती है तो हम सहायता किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हम सहायता प्रदान करने पर हमारा कोई भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता या बिना मेरे उपचार/चिकित्सा का चुनाव होगा एवं हस्ताक्षर को बोध हो कि बिना "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। हमारे हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर और अपने नाम को सही दिखाने के लिए एवं हस्ताक्षर को सही और "कोशिका" को कोई भ्रमिका या बिना रोगी इस मामले में नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संमति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 	MEDICAL OFFICER NETRA NIRAMAY NIKETAN THE KANAKA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 52286 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. 14.05.2017	 Sr. DY. MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN PURBA NIKETAN & SUMA D (Name of Hospital & Stamp of Authorised Signatory) DIST. PURBA NIKETAN (Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 