

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: NNN/0817/0/63

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 13/08/2017

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: NIMAI MANNA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS जन्म-वर्ष

85

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Rambhala Manna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Barilli, Durgam, P.S. Bajna, Dist. Alwar

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Vill + PO. RA. P.S. RA. Dist. RA

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

15000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या प्राप्त है

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो बन्द हो उस पर चिह्न 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 संबंध
1.	Rambhala Manna	55	M	Wife
2.	Rakul Manna	35	F	Son
3.	Rakha Manna	30	F	Son-in-law
4.	Rina Manna	14	F	Grand child
5.	Ganesh Manna	8	M	Grand child

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की नकल प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण को)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण को)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे पत्र लिखने का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पुष्टि संलग्न
1.	Diagnosis: RE, Nuclear Scleritis I.II-IV
2.	Operation note: SICS WITH IOL, RE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह सहायता कितनी
1.	V. M. A. IV. IV	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनकर गलत साबित होता है तो मेरी सहायक प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायक हेतु या भविष्य में नहीं, उस मदद का अधिक या समकालीन किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो लिया है और या ही लिया नहीं होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा करण)

- 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 (अर्पणक) अपनी स्थायित्व की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" दस्तावेजों, दूर, संचारक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी परिस्थितियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, सहायक का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" दस्तावेजों के प्रसारण अधिकृत और संचारक द्वारा होगा।

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

(Handwritten Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)

- 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 और से यहाँसे हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" के वित्तिय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसमें हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तिय सहायक किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में हमारे पास कोई भी मदद है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक प्रदान की जायगी/करने के लिए हमारे को सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे द्वारा सिफारिश करने के लिए हमारे को सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/करने।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायक प्रदान किया जायगी/करने की है। हमारे पास हमारे द्वारा ही मांगता है कि हमारे को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हमारे को के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे द्वारा हमारे को के लिए के लिए सहायक और अन्य मदद की सही सिफारिश के लिए हमारे को हमारे को और "कोशिका" को कोई पुष्टि या सिफारिश इस प्रकार से नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 24/8/17	MEDICAL OFFICER DR. NIRMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. 52286/14-05-2017	Sy. Dy. Manager VMA NETRA NIRMAY NIKETAN (Authorised Signatory of Hospital) हमारे पास व हमारे द्वारा अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

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