

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. : NNN/0814/0165

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 13/08/2017

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : GOPAL JANA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS जन्म-वर्ष

79

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Alaka Jana

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE: Haturia, P.S. Buxar, Dist. Haurah

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

VILLAGE: BA, P.S. BA, Dist. BA



OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

10,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. संपूर्ण छात्रा संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य 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 सम्बन्ध
1.	Alaka Jana	65	F	Wife
2.	Anuf Jana	28	M	Son
3.	Sufali Jana	20	F	Son-in-law
4.	Sudipta Jana	8	M	Grand Child
5.	Sabha Jana	1	F	Grand Child

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न विकल्प चुनें

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अपवाद/दवाखत से जुड़ी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	Diagnosis: LE NS II - III
2.	Operational Notes: STCS WITH PC IOL (LE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 तो गई सहायता राशि
1.	V.M.A.N.N.N	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण सत्य ज्ञात है तो यही सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह अवसर को नहीं हूँ, इस दवा को अतिरिक्त या समकालीन किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही प्राप्त है और न ही भविष्य में प्राप्त होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमत)

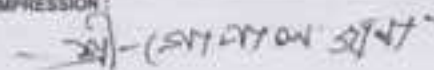
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में घोषित हैं, जो "कोशिका" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों से मुझे सहायता हेतु और/या कोशिका फाउन्डेशन के लिए जानकारी के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे आवेदन का विवरण कोशिका फाउन्डेशन को पहले से पता है और मैं इसे "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रेषित कर रहा हूँ।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल से प्रेषित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रेषित जानकारी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु निवेदन को स्वीकृत है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता हेतु निवेदन को स्वीकृत करने का कोई अधिकार है, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग किया गया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे पास वित्तीय सहायता हेतु निवेदन को स्वीकृत करने का कोई अधिकार नहीं है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय सहायता है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। उपचार/प्रक्रिया के रोगी को हस्ताक्षर करके और जाने जाने की ओर जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होती है और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का निवेदन इस मामले में नहीं होता।

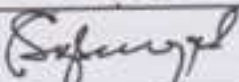
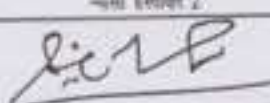
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/08/17	MEDICAL OFFICER DR. S.D. KETRA NIRAMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Dr. DY MANAGER VMA NIKETAN NIRAMAY NIKETAN (Name of Authorised Signatory (Name of Hospital) हम व हमारा अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 हस्ताक्षर 2 
--	---