

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. : NNN/0817/0167

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 13/08/2017

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : KANAN MANNA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NIMAY MANNA (HUSBAND)

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

VILL - PURNATI : PO - AGUNSHI : P.S. - BALUNHA

DIST - HOWRAH : WB

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Do.



PREOP

0167

POSTOP

KANAN

OCCUPATION : HOUSE WIFE (FARMER)

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 80,000/- (YEARLY)

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. जारी नहीं किया गया

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो वाक्य 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 संबंध
1.	NIMAY MANNA	81	M	HUSBAND
2.	NAKUL MANNA	48	M	SON
3.	HRJUN MANNA	80	M	SON
4.	SASHI MANNA	33	F	SON-IN-LAW

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशू के साथ 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - LE NS-III
2.	SURGERY - JARS WITH PICAL

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

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

DECLARATION by APPLICANT: **ਸਰੋਤ ਦਾ ਮੰਨਿਆ ਜਾਣਾ:**

- DECLARATION by APPLICANT: **सहभागी का प्रमाण 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे प्राप्त की गई सहायता केवल "उद्देश्य" के लिए ही का उपयोग करूँगा, जो इस प्रमाण पत्र में उल्लिखित है, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मिलूँगा और न ही भविष्य में मिलूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING THE WORK)

- 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 fulfilment 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 द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सम्पत्ति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयक इस प्रकार से प्रकाशित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायीय, दान, चामकक धूमने उत्पादन से जुड़े पहचानियर्थ और उत्पादनियर्थ के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्डों के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के उत्पादनों से प्रकाशित है मुझे सहायता, सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसकी न्यायीयों का निर्णय अन्तिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

संशोधक डॉ. इनामदास या अंग्रेजी का निपटार

bi of Kayan name.

AGREEMENT by HOSPITAL (EFFECTIVE 01/01/2014)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Individuals) 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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सजीवकाली ओं विदपु संस्तुति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 24/08/17	MEDICAL OFFICER NETRA NIRAMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व तारीख	ST. DY. MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN P.O. BISHNUPUR, BISHNUPUR, DIST. PURBA MEDINIPUR Authorised Signatory (Name of Hospital) नाम व पता हस्तक्षेप अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2	
		