

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of life.

APPLICATION No. : NNN/0817/0169

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 13/08/2017

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SAKHI DOLUI

आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष

62

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : YUDHISTRI DOLUI (HUSBAND)

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILL - NATIBPUR : P.O. - ABUNSHI : P.S. - BAGMAN

DIST. HOWRAH W.B.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Do.



PREOP

0169

POSTOP

SAKHI

OCCUPATION : HOUSE WIFE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 26,000/- (YEARLY)

कुल वार्षिक आय

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

PAN No. जारी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न दें)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.	YUDHISTRI DOLUI	70	M	HUSBAND
2.	NARAY DOLUI	45	M	SON
3.	GOVAL DOLUI	40	M	SON
4.	WALPANA DOLUI	22	F	SON-IN-LAW
5.	SUKARINA DOLUI	13	F	GRAND-CHILD

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विली का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/दवाइयों से चार्ट की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RT - NUCLEAR SCLE-ROSIS II
2.	SURGERY - DICK WITH PL TOL-IRE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली
	V. M. R. N. N. N.	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्यता सत्य नहीं है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण से दिये बिना नहीं, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से मदद नहीं ले रहा हूँ, जो कि मेरी मदद के लिए है और मैं इसी उद्देश्य के लिए हूँ।

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/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 दस्तावेज़ पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने स्वयं की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस दस्तावेज़ में शामिल हैं, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिये जाने वाले धन के लिए प्रचारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि "कोशिका फाउंडेशन" को दिये जाने वाले धन के लिए प्रचारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमने यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रश्न से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे और न ही किसी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता किसी भी रोगी के लिए नहीं ले रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिये जाने वाले धन के लिए प्रचारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण से दिये बिना नहीं, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

1. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण से दिये बिना नहीं, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण से दिये बिना नहीं, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/08/17	DR. A.P. MEDICAL OFFICER NETRA NIRAMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व सील व	ST. DY. MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व सील व
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आमो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आमो हस्ताक्षर 2
	