

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of Life

 APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **NNN/0817/0170** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **13/08/2017**

 NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम : **SHIBANI PAL** AGE-YEARS / आयु वर्ष : **70** SEX / लिंग : **F**

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : **ANANTA PAL (HUSBAND)**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता

VILL - HARAP, P.O - DO, P.S - BAGANAN.**DIST - HOWRAH, W.B.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता

DO.
 PREOP POSTOP
 0170 SHIBANI
OCCUPATION / व्यवसाय : **HOUSE WIFE.**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : **40,000/- (YEARLY)**(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. / आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो कानून से उचित हो सके उसे चिह्नित करें)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.	ANANTA PAL	70	m	HUSBAND
2.	GUNADHAR PAL	50	m	SON
3.	ASHIT PAL	24	m	SON
4.	KARUN PAL	30	F	SON-IN-LAW
5.	SHUMAN PAL	15	m	GRAND CHILD

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधारित प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदवाली कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पुष्टि संलग्न
1.	DIAGNOSIS - TB H.M.C.
2.	SURGICAL - SILENT GASTRIC ULCER (TG)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कहां अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रारण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारण में माग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या उपर्युक्त की राशि है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

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 प्रारण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारण में घोषित है, उसे "कोशिका" दम्पन, पत्र, साप्ताहिक दम्पन, उत्प्रेषण से सुदूर गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रारण माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारण का विवरण मेरे हस्ताक्षर को पालने या भंग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है सुदूर भविष्य: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" दम्पन, पत्र, साप्ताहिक पत्रिका और अन्य माध्यमों द्वारा:

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

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 प्राप्त/प्राप्त की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रारण से सत्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी साधकरी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जा सकती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त/प्राप्त की उक्त की सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/प्रदान हेतु कानून नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत या साधकरी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय सहायता हेतु किसी भी साधकरी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं प्राप्त/प्राप्त की जाती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी या सहायता द्वारा ही राशि प्राप्त या दिये गये उपचार/उपचार का चुनाव ठीक एवं सहायता के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्ता नहीं है। इसीलिए सहायता में ऐसी से सहायता प्राप्त और अन्य अन्य को सही विधि/पद्धति हेतु सहायता की होती है और "कोशिका" को कोई भुवि/का या विधि/पद्धति इस सहायता में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

समीक्षा के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/08/17	DR. K.K. MEDICAL OFFICER NETRA NIRAMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व इम्प्रेसन व रजि. नं.	BY: DY. MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN (Name of Manager & Stamp of Authorised Signatory DIST. PURBA MEDINIPUR Hospital) जहाँ व पर सहायता अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>