

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of Life

 APPLICATION No. : **NNN/0817/0174** APPLICATION DATE : **13/08/2017**
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : **SUMANTA GHORAI** AGE-YEARS जन्म-वर्ष : **45** SEX लिंग : **M**
 आवेदक का नाम

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **Aparna Shorai**
 पिता/पति का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **Vill+PO: HIRKOT, PS: Galsaman, Dist: Haridwar**
 वर्तमान निवास पता

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **Vill+PO: DA, PS: DA, Dist: DA**
 स्थायी निवास पता

 OCCUPATION : **Unemployed** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
 व्यवसाय

 TOTAL ANNUAL INCOME : **15,000** (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

 PAN No. : **XXXXXX** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No
 आय कर संख्या है (को ध्यान से उस पर सही का निशान लगाएं) हाँ / 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.	Aparna Shorai	30	F	Wife
2.	Souravil Shorai	15	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिये 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 किये गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न
1.	Diagnosis: RE. Nucleolar Scleroidosis TI+P67
2.	Operation notes: SICS WITH PCJOL, RE

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

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

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक हए मेरुन पः**

- 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 सत्य नहीं माना गया जहाँ है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कौशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुनः घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँगा, उस राशि का उद्देशिक या समतुल्य किसी अन्य प्रोवाइडर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (CONTINUED)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/record/record 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 प्रश्न पर अपने इसका या कोई भी छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा, नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एन्फुन्डेशन, दूर, सचपत्रक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे प्रश्न का विवरण में इसका के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व त्रस्टियों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और विवरण के कि साक्षात् से उद्देश्य से प्रसारित है। पूर्ण सलाह, साहाय्य का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन्फुन्डेशन उसके त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और सचपत्रकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
 ગ્રાહકના અથવા ડાબા થમ્બના અંગુળના અવશેષ

AGREEMENT by HONORABLE JUDGE OF THE COURT OF APPEALS OF THE STATE OF NEW YORK, in and to the effect that the said parties have agreed to the following:

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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकारणी के लिए संसद

Date of Surgery
ਅੰਕਿਤ ਕੀ ਤਾਰੀਖ

DR. S. S. B. MEDICAL OFFICER 522
NETRA NIRAMAY NIKETAN (W)
11 VEKANANDA MISSION ASRAM
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
आस्था का नाम व इकाई का पता, पू.

SEEDY MANAGER
VMA NETRA NIRMAY NIKETAN
P.O. CHITRAKOOT, DIST. PURBA MEDINIPUR
DIST. PURBA MEDINIPUR (HOSPITAL)
এই হল চিত্রকুট জেলা হাসপাতাল

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 श्रीमती. कल्पना 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Exempel

2020