

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0917/0837

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/09/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SHYAMALI GHORUI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

72

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

LATE MOHAN GHORUI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PALASHPAI

PALASHPAI-1

KHANAKUL

HOOGHLY, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. संपादित खाना संख्या

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

क्या आप आय कर दाता 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.	SHYAMALI GHORUI	72	F	SELF
2.	MOHAN GHORUI	117	M	SON
3.	SUMI GHORUI	40	F	DAUGHTER IN LAW
4.	ANANDA GHORUI	28	M	GRANDSON
5.	TAISHA GHORUI	19	F	GRAND DAUGHTER IN LAW

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए वित्ति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के 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 इस हेतु सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करने के लिए)

- 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, 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह फॉर्म अस्वीकार्य सिद्ध हो जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताना है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद भविष्य में, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता लेऊँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करने के लिए)

- 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 to 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में बताना है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे फॉर्म में बताने के बाद वे मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित जानकारी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा करने के लिए)**

- 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.
- इसके अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न फॉर्म से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से अनुरोध कर रहे हैं, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन से अनुरोध की गई सहायता पूर्ण रूप से नहीं मिलती है। यदि कोशिका फाउंडेशन से अनुरोध की गई सहायता पूर्ण रूप से नहीं मिलती है, तो हम अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्रकार हम मान्यता देते हैं कि कोशिका फाउंडेशन केवल वित्तीय सहायता प्रदान करेगा और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और प्रक्रिया के चयन को कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित नहीं किया जाएगा। इसलिए हॉस्पिटल में उपचार के चयन का निर्णय कोशिका फाउंडेशन के साथ कोशिका फाउंडेशन के बीच होगा और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृति/निरास का विवरण लगायें)

ACCEPTANCE

समर्थन

REJECTION

निरास

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

04/09/17

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व पदShib Shankar Singh
Director
Sri Sri Eye Foundation & Research Centre(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अंतर्गत उपयोग हेतु

SANCTIONED
संस्तुतिREJECTED
निरासSIGNATURE of TRUSTEE 1
आवेदक 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आवेदक 2