

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.: K/0917/0868 APPLICATION DATE: 05.09.17

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: ANNA SINGH

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

52

F

FATHER/SPOUSE'S NAME: RAMEAKBAL SINGH

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

42 B.E CHATTERJEE STREET, BELGHARIA

NORTH 24 PARAGANAS.

100056, WEST

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: पता आवासीय पता

BENGAL

AS ABOVE

OCCUPATION: SERVANT

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: RS - 600X12 = 7200/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. प्राप्त नहीं होता

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

Yes / हाँ

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 के साथ सम्बन्ध
1.	ANNA SINGH	52	F	SELF
2.	RAMEAKBAL SINGH	61	M	HUSBAND
3.	SUNIL SINGH	32	M	SON
4.	TARA SINGH	25	F	DAUGHTER IN LAW
5.	AVISH SINGH	10	M	GRAND SON
6.	SHIRTY SINGH	5	M	GRAND SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न कारण

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड का प्रतिलिपि संलग्न करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एडवोकेट का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये विषयों 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 (31RS+10L)

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 लेई गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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, 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 प्रकरण में मिलने वाले सभी निवारण वेरी आसानी से अनुदान प्राप्त एवं सही हैं। यदि कोई निवारण एवं कवर अलग-अलग प्राप्त या है तो वेरी सादास निवारण की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस साहाय्य हेतु या अन्यत्र की मदद नहीं ले रहा हूँ, न ही भविष्य में लेऊंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 its 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे निवारण इस प्रकरण में घोषित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित करें, दूर, कक्षाद्वारा दूरदर्शन से प्रसारित करें और अन्य माध्यमों के माध्यम से जानकारी के लिए अधिकृत हों। मेरे नाम का उपयोग मेरे उपचार के पूरा होने के बाद भी करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और निवारण को कि साहाय्य के उद्देश्यों से प्रसारित है। मेरे नाम का उपयोग मेरे उपचार के पूरा होने के बाद भी करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रसारित किया जा सकता है और कक्षाद्वारा प्रसारित किया जा सकता है। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निवारण अधिकृत और कक्षाद्वारा प्रसारित होगा।

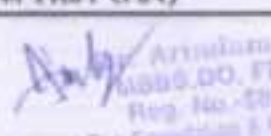
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

आनंद सिंह

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आपकी/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय साहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से मदद व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय साहाय्य किसी और सहाय्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से उभार लेंगे/प्राप्त करेंगे, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उभार के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा साहाय्य किसी अधिकृत/कक्षाद्वारा हेतु प्रसारित की जा सकती है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से साहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उभार लेंगे/प्राप्त करेंगे हेतु किसी और सहाय्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकते/लेती।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद साहाय्य संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही मांग साया या बिना मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निवारण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकरण पर कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के उपचार सुझाव और अपने अपने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" को कोई भुविष्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निवारण लगायें)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05.09.18	 Arvind Singh M.B.B.S., D.O., F.R.C.S. Reg. No. - 28094 Sural Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Dr. Arvind Singh Director Sural Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED निरस्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक हस्ताक्षर 2
			