

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)



APPLICATION No. : K/0917/0873 APPLICATION DATE : 05.09.17

NAME of APPLICANT : HASEM MISTRI AGE-YEARS : 60 SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KALO MISTRI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : PASCHIM PARA, KANPUR, AMTA-1, ULBERIA, HOORAH WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : FARMER

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1600x12 = 19,200/- (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

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

Yes / No
[X] / []

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	HASEM MISTRI	60	M	SELF
2.	SALEHA MISTRI	53	F	WIFE
3.	BLANKET MISTRI	30	M	SON
4.	BALEUL MISTRI	26	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
[]	[]	[]	[]

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS #101)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☒ NO ☐ YES

- 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 गारंटी करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रदान नहीं करता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि "योगिक फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि मैं इस मदद से किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से इस मदद के लिये किसी भी प्रकार का रिफंड/वापस कर/पैसे की मांग नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (unless you wish)

- 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/post-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 प्रश्न का जवाब इसलिए नहीं देना चाहिए कि आप एकदम से ही "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्टाफों" को अधिकृत करते हैं कि वे आप, आप, छोटे और बड़े विभाग इस प्रश्न में शामिल हैं, उसे "कोशिका" एक नया, घर, बाजारबाजार वाले इलाके से मुझे पेशीयियों और उपस्थितियों के लिए मिले थे अगर आपको ये अधिकार करने के लिए अधिकृत है। यदि इसका विचार जो इनमें से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नयी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, छोटे और बड़े विभाग के बिना आपके द्वारा प्रेषित है मुझे यह: आपका या हमारा भी करता। इस संबंध में "कोशिका" एक नया स्टाफों का निर्णय लिया और बाजारबाजार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अधिकांश के समान वे अंग्रेजी का विरोध



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

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 अधिकतर, इलाहाबादी की ओर से गायत्री-रोली को "कॉलेजियल गायत्री" के तिलिप लगाया है। विद्वानों की भाँती है, जिसे इन (इलाहाबादी) विद्वानों के नाम से जाना न जाये।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित आवश्यकता किसी भी सावधानी संरक्षण या किसी अन्य शर्तों से उक्त ऐंटी-कॉर्पोरेट में होने या तो रहे हैं, बल्कि कि इनमें "कॉरपोराटा फायरवॉल" से डिफेंडिगएबिलिटी उक्त में सामग्री में "कॉरपोराटा फायरवॉल" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कॉरपोराटा फायरवॉल" द्वारा आवश्यक किसी अधिनियम/समस्या हेतु गंतुग्य नहीं किया जाय है तो आवश्यकता किसी अन्य भी सावधानी संरक्षण या किसी अन्य समरक्षण से आवश्यक होने का अधिनियम सुनिश्चित करता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाय है कि आवश्यकता विहित गहरा उक्त ऐंटी-कॉर्पोरेट हेतु किसी भी सावधानी संरक्षण या किसी अन्य समरक्षण से नहीं लेंगएलेगी।
2. "कॉरपोराटा फायरवॉल" से ही तब आवश्यक संरक्षण विहित प्रकृति की है। ऐंटी या इन्फाल्ट द्वारा ही यह सावधानी या किने गले उपचारप्रक्रिया का सुपुन ऐंटी एवं इन्फाल्ट में सीक का निष्प है और "कॉरपोराटा फायरवॉल" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसीलिए इन्फाल्ट में ऐंटी में इन्फाल्ट सुझा और जाने की तारी दिग्नेदारी ऐंटी एवं इन्फाल्ट की होती और "कॉरपोराटा" की कोई भूमिका या दिग्नेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संमति (स्वीकृत/निरस्त या निराकरण संग्रह)		ACCEPTANCE सम्व		REJECTION सम्व	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05.09.18	Dr. Arindam Dey MBBS, D.O. FRCS Reg. No.-58129 Sriyat Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व एडि. नं.		Shishu Sankar Bhowmik Director Sriyat Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरीक उपयोग हेतु					
SANCTIONED सम्व	REJECTED सम्व	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2	
					