

G/17/05/3614

RETINOBLASTOMA CASE

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of life		
APPLICATION No.: 01091710008 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 12/09/2017 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: MAMTA KUMARI आवेदक का नाम		AGE-YEARS मास-वर्ष: 1 1/2 years SEX लिंग: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DEEPAK KUMAR पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Bishanpur, Bihar - 852105 वार्ड नं. 03, Bishanpur, Bihar - 852105				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above				
OCCUPATION: father is working as a labourer व्यवसाय				
TOTAL ANNUAL INCOME: 84000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): N/A		
PAN No. नहीं है				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं): Yes / No हाँ / नहीं No				
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 क्या संबंध
1.	Deepak Kumar	18	M	father
2.	Rishi Devi	18	F	Mother
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियत आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 किसे गये चिकित्सीय उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन छापी संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA (LEFT EYE)			
2.	SURGERY NAME - CHEMOTHERAPY			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली क्या है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		
1.	SCCH			

DECLARATION by APPLICANT (अर्थात् डॉ. योगेश कुमार)

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 & ensuing Assistance void for rejection/cancellation.
2. I hereby confirm that application, submitted to Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which request is submitted, and 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, for the assistance requested.
4. मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि इस प्रमाण में जो सब जानकारी दी जा रही है, उसका प्रयोग केवल "उद्देश्य" के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण में बताया गया है।
5. मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं किसी भी तरह से, या भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई रिफंड ले और न ही बीमा में कुछ भी रिफंड ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् डॉ. योगेश कुमार)

1. I hereby confirm my full and sole expression on this Form. I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use publicly, reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any means of publishing, in print or electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities and/or services. 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.
3. मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं इस प्रमाण में अपनी पूरी जानकारी दे रहा हूँ। मैं (अर्थात् डॉ. योगेश कुमार) यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं Koshika Foundation और इसके ट्रस्टियों को अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी दे रहा हूँ, जो कि वे किसी भी तरह से, या भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई रिफंड ले और न ही बीमा में कुछ भी रिफंड ले रहा हूँ।
4. मैं (अर्थात् डॉ. योगेश कुमार) और मैं (अर्थात् डॉ. योगेश कुमार) यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं Koshika Foundation और इसके ट्रस्टियों को अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी दे रहा हूँ, जो कि वे किसी भी तरह से, या भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई रिफंड ले और न ही बीमा में कुछ भी रिफंड ले रहा हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्थात् डॉ. योगेश कुमार का हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली का छाप

Deepak Kumar

AGREEMENT by HOSPITAL (अर्थात् डॉ. योगेश कुमार)

1. I (Hospital) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use publicly, reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any means of publishing, in print or electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities and/or services. 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 (Hospital) 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.
3. मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं इस प्रमाण में अपनी पूरी जानकारी दे रहा हूँ। मैं (अर्थात् डॉ. योगेश कुमार) यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं Koshika Foundation और इसके ट्रस्टियों को अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी दे रहा हूँ, जो कि वे किसी भी तरह से, या भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई रिफंड ले और न ही बीमा में कुछ भी रिफंड ले रहा हूँ।
4. मैं (अर्थात् डॉ. योगेश कुमार) और मैं (अर्थात् डॉ. योगेश कुमार) यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं Koshika Foundation और इसके ट्रस्टियों को अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी दे रहा हूँ, जो कि वे किसी भी तरह से, या भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई रिफंड ले और न ही बीमा में कुछ भी रिफंड ले रहा हूँ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
उद्देश्य के लिए
14/9/17

DR. SHIVA DAS

(Name of Doctor Sign, Not with Stamp)

डॉ. शिवा दास का हस्ताक्षर

Shantanu Das Gupta

DGM-Marketing & Projects

(Name, Designation & Stamp of Hospital)

डॉ. शिवा दास का हस्ताक्षर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आन्तरिक उपयोग हेतु

Shantanu Das Gupta

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आन्तरिक उपयोग हेतु

Shantanu Das Gupta