

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

K/1017/1045

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

09.10.17

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

GOKUL GIRI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

KANAI GIRI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

BIBINCHIBARHI, THAKUR, GHERI PARA,
BESANT, SOUTH 24 PARGANAS,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION :
व्यवसाय

UNEMPLOYED

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता 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.	GOKUL GIRI	72	M	SELF
2.	KUNTALA GIRI	65	F	WIFE
3.	SAIJAY GIRI	40	M	SON
4.	BITAY GIRI	37	M	SON
5.	ANJANA GIRI	34	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) मंजीरी रेशन 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे नये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SILO + 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 जो गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं सहायता हेतु या उद्देश्य की पूर्ति के लिए, इस मदद का उपयोग या सहायता प्राप्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से नहीं करूँगी और न ही भविष्य में करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा सहमति)

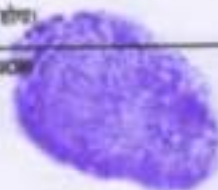
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, प्रसारण करें, प्रसारण के माध्यम से मुझे धनार्थी और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के पत्रों या कार्ड में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के अंतर्गत है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस अंगूठे में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करने के लिये अधिकृत और सहायता की होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्पणक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

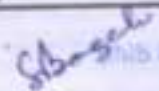
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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 सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण से लाभ न उठा सकें।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से उठा लेने के लिए या ले रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार/प्रकार से न मिलेगी तो हमें अपना पूरा खर्च किसी अन्य स्रोत से या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करना चाहते हैं कि सहायता सिफारिश के माध्यम से किसी भी प्रकार/प्रकार से न ले सकेंगे।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता के माध्यम से मिलेगी, उसे या हमारे द्वारा ही नहीं लिया जा सकेगा कि हमने अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव केवल अपने स्वयं के हितों के लिये किया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारे पास या हमारे पास के लिये सिफारिश केवल अपने स्वयं के हितों और "कोशिका" की कोई भी सहायता या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) सिफारिश (स्वीकृत/निरस्त या निराकरण सहमत)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09.10.17	 Dr. Anil Arora MBBS, MD, FRCS(Ed), FRCS(Gl) FRCR Reg. No. 12345 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Dr. Anil Arora Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)			
SANCTIONED सम्मत	REJECTED निरस्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2
		