

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of life.

APPLICATION No. : <u>K/0118/1631</u>		APPLICATION DATE : <u>05/01/18</u>	
NAME of APPLICANT : <u>RABINATH DHIR</u>		AGE-YEARS आयु-वर्ष <u>55</u>	SEX लिंग <u>M</u>
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>KRUSHNA DHIR</u>			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता <u>SINGHAN, BACHHADA, SULTANPADA, MAYURBHANJ</u> <u>ODISHA</u>			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता <u>AS ABOVE</u>			



OCCUPATION : <u>LABOUR</u>	
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>RS. 1800 x 12 = 21,600/-</u>	(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)
PAN No. <u>स्थायी खाता संख्या</u>	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)	Yes / ☒ <u>हाँ</u> No / ☐ <u>नहीं</u>

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.	RABINATH DHIR	55	M	SELF
2.	SEKUNTALA DHIR	42	F	WIFE
3.	SUBHANSI DHIR	24	M	SON
4.	SATYANSH DHIR	20	M	SON

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विनियम 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	---	---	---

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे गये निम्नी 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 (STICS + 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 कौन सा सहायता पंजी

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☒ NO ☐ N/A

- 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, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kashiya 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 बता रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथ अपायदायक गलत है तो मेरी प्रार्थना निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यथासंभव सत्य "कीटिका" प्रमाणित करता हूँ, जो कि मेरी प्रार्थना है, जिसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से इस प्रमाणित की गई है, उस सत्य का अधिकार या प्रमाणित किया किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या किसी भी अन्य स्रोत से नहीं।

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)**
- 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 donation 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 प्रकार का आवेदन प्रस्तुत करने की बात समझकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वेदक नाम, पते और फोटो का प्रयोग इस प्रकार से करेगा, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, चिकित्सा शुल्क इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को विस्तारित करने के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का प्रसार मेरे प्रसार के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेदक नाम, पते, फोटो और विवरण को कि प्रसारण के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे प्राप्त: प्रसारण का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासी को विवेक और चिकित्सा शुल्क होगा।

Lakindna Metzdner

AGREEMENT by HOSPITAL. (FNUH 228 433)

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:

- 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.

ACCEPTANCE

REJECTION

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05/01/18

Dr Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No. 58066
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाफरा का नाम है इस्लाम का हिंदू है

Singh Sanjay Bagchi
Director
Sanku Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
सायन एंजल अशोक अग्रवाल

नाम अ पद इत्यादयः अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED
with

REJECTED
अप्राप्त

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 NAME: [REDACTED]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 NAME: TRUSTEE 2

12/10

Levi