

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1218/1746

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 05/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ASIMA BERA

आवेदन का नाम

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

77

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

MATHUR CHAKRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास

KARATBERIA, HOKRAH, HATIG, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. जारी नहीं है

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो नाम 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 से क्या संबंध
1.	ASIMA BERA	77	F	SELF
2.	MATHUR CHANDRA BERA	84	M	HUSBAND
3.	KRISHNAPADA BERA	53	M	SON
4.	KALPADA BERA	50	M	SON
5.	APURBA BERA	47	M	SON
6.	JOTSANA BERA	44	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card, Copy) पोली रेखा को चिपे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काल प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काल प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की काल प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने निम्न 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 (NIC-100)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: none per note 19.

- 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 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 पुष्टि करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे प्राप्त होने वाली "कौशिका फंडेशन" से मदद का उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी दूसरे व्यक्ति या संगठन को नहीं, उस व्यक्ति या संगठन को जिससे मुझे इस प्रकार की मदद मिली है और न ही भविष्य में मिलेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (show the way)

- 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/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 it's activities/achievements. 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) यहाँ से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत कर दूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय पर इस फॉर्म में दी गई जानकारी, जैसे कि "उद्देश्य", जिसके लिए मैं सहायता माँ रहा हूँ, को किसी भी माध्यम, जिसमें कि मुँह, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि, के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकें। इस प्रकार की जानकारी का उपयोग कोशिका फाउंडेशन और/या इसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का किसी भी माध्यम से उपयोग करने से मुझे सहायता प्राप्त करने का कोई भी अधिकार नहीं मिलेगा। सहायता देने या जारी रखने का फैसला कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के पास होगा, और इस मामले में उनका फैसला अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

સાહેબને એ સમજાતું કે એણે એક સિપાઈ



AGREEMENT by HOSPITAL (8750H 270-450)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, इराक़ी की ओर से गणतन्त्रों की "अतिरिक्त परामर्श" से मिली सहायता से निरन्तर जारी है, जिसे हम (इराक़) गिन प्रकाश से सत्य व सही मानते हैं।

1. यह कि न तो सीपरा और न ही पल्लव में पिल्लि प्रभावित किसी के सार्वभौमिक अधिकार या किसी अन्य व्यक्ति के उसा ऐतिहासिकी में होने या तो है, जैसे कि इनके "कोलिका प्रारंभिक" से निपटारा/निपटि उक्त से सम्बन्ध में "कोलिका प्रारंभिक" इस तरह हो कि है। यदि "कोलिका प्रारंभिक" इस प्रभावित किसी व्यक्ति/व्यक्तियों से प्रभावित नहीं किया जात है तो अन्ततः किसी अन्य के सार्वभौमिक अधिकार या किसी अन्य सम्बन्धन से प्रभावित होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जात है कि अन्ततः इसी तरह उक्त ऐतिहासिकी से किसी के सार्वभौमिक अधिकार या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं प्रभावित/प्रभावित।
2. "कोलिका प्रारंभिक" से ही यह प्रभावित केवल पिल्लि प्रभावित की है। ऐसे या इसप्रकार इस ही यह प्रभावित या किसी के सम्बन्ध/अधिकार का प्रभाव होने एवं इसप्रकार से होने का प्रभाव है और "कोलिका प्रारंभिक" इस किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए इसप्रकार में ऐसे ही प्रभाव प्रभावित और होने वाले की धारों विनिर्देशों से एवं इसप्रकार की धारों और "कोलिका" की धारों प्रभावित या विनिर्देशों उक्त प्रभावों में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

काठमाडौंको लागि सम्पूर्ण

Date of Surgery 05/12/18		(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) 		(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) 	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 			SIGNATURE of TRUSTEE 2 		