

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Health of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K11218/1869

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

PRATAP SARDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

RAM SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

NYATAT HATHKHALD PARA CANDI CHKHALI
NORTH 26 DAGANAH 540441 WEST MIZORAM

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रमाण)

PAN No. पान संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर तिकी 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.	PRATAP SARDAR	50	M	SELF
2.	ROHITA SARDAR	52	F	WIFE
3.	ROHIT SARDAR	25	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कौन किसका उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्मानुसंधान से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	PHACOLYTIC - CATARACT - L.E.
2.	SWIFTWAY - L.E (Cataract)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पाए हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: NONE TO STATE.

- 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 बताना हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे ग्राहक निरस्त कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इससे स्पष्ट कर रहा हूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल आवेदन में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से न ही अन्यथा किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही निरस्त होऊँगा और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (under the seal)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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.
- 3) इस प्रश्न का ज़रूरी उत्तरकार या दर्शने को जान लक्षण, मैं (आवेदक) अपनी संपत्ति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृत्व" के अधिकृत ब्रह्म (वि वेदाय, माता, भोले और मेरे विनाम इस प्रकार में संघी है, उसे "कोशिका" समूह माली, घर, सामान्य दूरों इत्यादि से मुझे परिवर्धित और उपस्थिति के लिए किसी भी तरह कापल से उपस्थित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का निवारण मेरे प्रश्न के उत्तर या कर के करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व माली अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद वेदा, माता, भोले और विनाम के बिना साक्षात् से उत्पन्न के प्रति है मुझे उपाय: साहाय्य या उपहार को करता इस सम्बन्ध में "कोशिका" समूह उसमें शामिल हो कि निर्भर जीवन और सम्पत्ती होता

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ਸਰੋਤ: ਭੀ ਗੁਰਮਤ ਨਾ ਸਿੰਘ ਨਾ ਸਿੰਘ



AGREEMENT by HOSPITAL (WORTH 200 WOOD)

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

हमारे अधिकार: हमारी को जंग से बचाने के लिए "बोनिफा कार्बोनेल" से मिली सहायता का विवरण भी जारी है, जिसे हम (हमारे) दिन-प्रतिदिन से आम जनता के बीच फैला रहे हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिश के लिए संग्रहीत

Date of Surgery 10/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DNB, FRC Reg. No. - 50971 (Name of Doctor)	Shilp Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) कर्मचारी का नाम व इकाई का नाम
-----------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: बंशधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: बंशधर 2
	