

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

K/1218/2105

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

19/12/18

NAME of APPLICANT :
आवेदन करने वाले का नाम

MANISHA BARMA

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

60

SEX लिंग

F

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

SUNIL BARMA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

KALICHAK, BAL PARA, RAJHUNATHPUR, BANKURA,
HOOGHLY, 712247, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है या नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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 आवेदन करने वाले के साथ सम्बन्ध
1.	MANISHA BARMA	60	F	SELF
2.	SUNIL BARMA	68	M	HUSBAND

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए चिह्न लगाएं

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (उपलब्ध पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

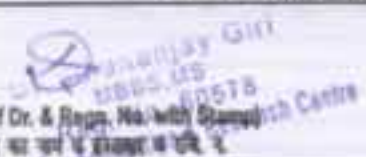
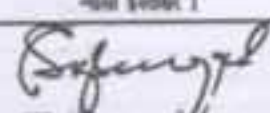
सहायता हेतु दिने गए निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सा से जारी की गई उद्देश्यपूर्ण सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (JULY 2018)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के 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: (अर्शक द्वारा घोषणा करें) 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं उसे पंजीकृत करने की बात कह रहा हूँ। 2) मैं इस बात को घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण में उल्लेख किया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस रोग या स्थिति या उपचार के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम ले रहा हूँ और न ही यह करने की योजना है।	
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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 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. 1) इस तरह पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी घोषणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस तरह में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए, जिसके माध्यम से मैं अपनी चिकित्सा या उपचार के लिए मदद ले रहा हूँ। इसका उपयोग कोशिका फाउंडेशन और/या इसके उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है। इस तरह का विवरण कोशिका फाउंडेशन के द्वारा मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" के बिना प्रकाशित नहीं किया जा सकता है। 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना कोशिका फाउंडेशन के अधिकृत के प्रकाशित नहीं किया जा सकता है। कोशिका फाउंडेशन का फैसला मेरी सहायता को जारी रखने या नहीं करने का अंतिम और स्वीकार्य होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 ओर से उपरोक्त की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए अनुरोध किया गया है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए अनुरोध किया गया है, तो कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए अनुरोध किया गया है। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तिय सहायता है। उपचार का चुनाव और प्रदान करने की ओर कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृत के लिए अनुमति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ छाप 
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉक्टर का नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी 	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 