

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 10/0110/2310

APPLICATION DATE: 05-01-2019

NAME of APPLICANT: MERI DEVI

AGE-YEARS अनु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BRAMHADEV MAHULI

पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

7, JADUNATH DEY ROAD, BEWIBAZAR, KOLKATA - 700012, WEST BANGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: HOUSE WIFE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

Yes / हा

No / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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.	MERI DEVI	60	F	SELF
2.	BRAMHADEV MAHULI	54	M	HUSBAND
3.	ASHA DEVI	24	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (उपलब्ध पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - R.E.
2.	SURGERY - R.E. (STC'S + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

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

DECLARATION by APPLICANT: अवैध दवा सेवन या:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी बिबरन मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई बिबरन पूर्ण तथ्य आधार पर सत्य है तो मेरी प्रार्थना निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता एतल "कोशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त करूँगी, इसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में परा रणित है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं प्रार्थना करी पाई है, उस एतल का अतिरिक्त या समकाल प्रित्त किसी अन्य प्रोडिगिनीकेशन/बीमा कम्पनी से न हो लिय है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to work)

- 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 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.
- 1) इस प्रार या अपने हस्ताक्षर या मुद्रा छाप पर इस फॉर्म पर, मैं (अर्जितकर्ता) यहाँ से सहमत हूँ और "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रार में संश्लिष्ट हैं, उनके "कोशिका" एलनू नामों, रूप, चरित्र/रूप द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और प्रदर्शित करने के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रार का विवरण मेरे हस्तक्षेप के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नामों अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्जितकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि हस्ताक्षर के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्वतः हस्ताक्षर का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एलनू उद्देश्य नामों का निर्णय अधिकृत और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

संकेतः श्री गणेशाय नमः श्री गणेशाय नमः



AGREEMENT by HOSPITAL. (EACH ON ONE)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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.

इससे अतिरिक्त, इलाहाबादी की ओर से आयोजित होने की "बोडिंग काउन्सिल" से विभिन्न प्रस्तावों को निराकार की जाती है, जिसे इस (इलाहाबादी) विधि प्रस्ताव से मेल न होने पर करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अग्नीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery 05-01-2019	 Dr. Shankar Nag MBBS, MS. (OPHTH) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) राजस्थान चक्षुः चिकित्सालय, जयपुर	 Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) राजस्थान चक्षुः चिकित्सालय, जयपुर
-------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इशरकर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इशरकर 2
	