

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

M/1122/0435

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

03.11.2022

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ANJALI MUNDA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

46

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तु का नाम

PURNA MUNDA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

NATUNPARA, MUNSI CHORI, GOPALPUR,
NORTH 24 PARGANAS, 743445, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 2000 x 12 = 24,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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 सम्बन्ध
1.	ANJALI MUNDA	46	F	SELF
2.	JARANI MUNDA	52	M	HUSBAND
3.	SATAGDI MUNDA	25	F	DAUGHTER
4.	CHOTO MUNDA	21	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियमित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियमित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई अतिवेदन भूषी संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (YES + 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 सी गई सहायता राशि

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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इससे जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता से मुझे लाभ प्राप्त हो रहा है, उसका पूर्ण या आंशिक या समस्त विवरण किसी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/post-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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न का ज्ञान हमारा है। हमें (अर्थवत्क) अर्थों समझने की क्षमता है। हम "कोशिका काउंटिंग और डीएनए प्रोफाइलिंग" का अध्ययन करते हैं कि वे क्या कर सकते हैं और वे किस प्रकार इस प्रश्न में शामिल हैं, जैसे "कोशिका" समग्र प्रणाली, पद, समग्रता। हमें उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और प्रणालियों के लिए किसी भी प्रणाली में प्रणाली करने के लिए अध्ययन है। यह प्रश्न का विवरण है। हमारे को करने या करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" के साथ अध्ययन है।

2) मैं (अर्थवत्क) इस बात में सहमत हूँ कि वे क्या कर सकते हैं। हमारे को करने के लिए उद्देश्य से प्रणाली है। हमें समझना है। हमारा का हमारा नहीं बनता। हम समझते हैं "कोशिका" प्रणाली उनमें प्रणाली का निर्णय और कार्यकारी होगा।

आपेंदक के हलाका या खण्ड का स्थान



By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 it a 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.

इसका अधिकतम समतापही भी और से मापने,पानी को "बॉलिंग प्वाइन्टेशन" में बॉलिंग कहा जाता है। जिसका ताप (बॉलिंग प्वाइन्ट) जिन प्रकृत से मान्य व स्वीकारा जाता है।

1) यह कि न तो सर्वमान और न ही समिप्य में विविध सहायता किसी भी सरकारों संभव या किसी अन्य स्त्रोत से प्राप्त होती/पासने में लगे या लगे हों, जैसे कि इनमें "आर्थिका फाउन्डेशन" से शिवाग्रह/विपत्ति प्राप्त के समर्थन में "आर्थिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "आर्थिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपत्ति आर्थिका/सकल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो असमता किसी अन्य भी सरकारों संभव या किसी अन्य समर्थन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित राखता है। इस चुट्ट में स्पष्ट कहा जाता है कि असमता द्वितीय मरद टबल होती/पासने हेतु किसी भी सरकारों संभव या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फायनेंसिंग" में तो नई संरचना जबतक प्रयोग प्रकृति की है। ऐसी या हमसलता इस ही नई प्रकृति या किसे। आपे उपसा/प्रकृति का मुकाम ऐसी एवं हमसलता में सोच का विषय है और "कोशिका फायनेंसिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हमसलता में ऐसी का इस्तेमाल मुख्य-भरी जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमसलता की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन का तारीख

03.11.2022

Dr. Shobashree Das

(Name of Of. & Esch. No. with Stamp)

डाक्टर साहू के विद्वान्ता का प्रति, म

~~OPTIONAL APPENDIX D.A5~~

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on Behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE-1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर