

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No

आवेदन संख्या:

V/2020/0076

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

09/10/20

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Shivani Mandal

AGE-YEARS आरु वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

Sudil Mandal



PASTE PHOTO HERE

Pre-op

Postop

(0076) Shivani Mandal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Near new fly over, Swachhata mahila ashraa Gidara

Chhatanga, Bihar E, Vrindavan, Dist Mathura UP, 201121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाय आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION

व्यवसाय

Nil (Stay in Vidhwashram)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. जारी हुआ संख्या

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

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

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Rajkumar Mandal	late	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि आधार

<p>BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोपरी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया भी संलग्न करें)</p>	<p>EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य-अर्थ वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया भी संलग्न करें)</p>	<p>Ration Card (Attach Copy) व्ययपाका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया भी संलग्न करें)</p>	<p>Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य</p>
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु विधि मंच विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
	RE - Senile Cataract
	RE - Senile Cataract
	Surgery - (RE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ला गई सहायता राशि
1	UBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्पण करने वाले):

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. My false statement will render my Application & ongoing assistance 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, seek of help/burdenment, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which the assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं अथवा गलत पता लगता है तो पैसे प्राप्त करने की या सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं किसी सहायक से, या प्राणिक से मदद नहीं लेऊँगा। मैं किसी अन्य सहायक/रोजगार/बिमा कंपनी से भी मदद नहीं लेऊँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण करने वाले):

- 1) By affixing my signature on/submitting my impression on this Form (I/Apply) I hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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/commitments. 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या ओंठों की छाप लगाकर मैं (अर्पण करने वाले) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके आचार्यों" को अधिकृत करने दे रहा हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उन्हीं उद्देश्यों के लिए, जिनके लिए मैंने मदद मांगी है, या अन्यथा जो भी उद्देश्य हो, जो "कोशिका फाउंडेशन" के लिए भविष्य में मांगे जा सकें।
- 2) मैं (अर्पण करने वाले) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का किसी सहायक के उद्देश्यों में प्रयोग नहीं किया जाएगा। इस प्रकरण में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उन्हीं उद्देश्यों के लिए मदद मांगी जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:


अर्पण करने वाले का हस्ताक्षर या ओंठों का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करने वाले):

- 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) Just as 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 commitment 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 in the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमने अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (अर्पण करने वाले) किसी भी अन्य सहायक से मदद नहीं मांगेंगे। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से मदद नहीं मिलती है, तो हम दूसरे सहायक से मदद मांगेंगे।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर करने वाले के चिकित्सा या चिकित्सा उपायों का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर करने वाले का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रोकथाम नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर करने वाले को हस्ताक्षर करने वाले के चिकित्सा उपायों का चुनाव करना है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत करने के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 10/10/20	Sign:  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व/हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 
--	--