

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **NNN/1217/0220** APPLICATION DATE: **12/11/2017**
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **SADHU MURMU** AGE YEARS आयु-वर्ष: **62** SEX लिंग: **M**
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **TADA MURMU**
पिता/कटुप्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILL - BARAJADIA; P.O - DO; P.S - BARSHAL

DIST - SINGHBHUM.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

DO.

OCCUPATION: **FARMER.**
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: **20,000/- (Yearly)** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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.	TADA MURMU	60	M	SON.
2.	BIJALI MURMU	31	F	DAUGHTER IN-LAW
3.	MANU MURMU	12	M	GRAND-SON.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनंति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/प्रेस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RE- LE - NUCLEAR SCLEROSIS II-III + GLAUCOMA SURGERY - LE - IOL + TRAB.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि
	V - M. A. N. N. N.	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शदक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इस जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस लक्ष्य का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) अपने नाम/पता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एवम् पत्राचार, दान, सहायता/या दूसरे उद्देश्य से कुछो पत्राचार/विज्ञापन और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचारिक काम के लिए उपयोग करें। मेरी आज का फैसला जो इसका उपयोग करने या न करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं पूर्णतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्रुस्टी या विशेष अधिकारी और सामान्यी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Dr. Anand Mohan

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न ही भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज के लिये या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरना हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/कमल हेतु मरना नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष भए उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेने/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुक्तिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगावे)		ACCEPTANCE सन्तु	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 9/12/17	DR A.P. CONSULTANT VIVEKANANDA MISSION ASRAM NETRA NIRAMAY NIKETAN (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाहास व चि. न.	ASST. MANAGER (Camp) VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN P.O. CHAITANYAPUR (HALDIA) DIST. PURBA-MEDINIPUR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SAISONED सन्तुति	REJECTED निरस्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाहास 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाहास 2
		<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>