

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: NNN/1217/0226 APPLICATION DATE: 3/12/2017

NAME of APPLICANT: RABINDRA NATH KHUTA AGE-YEARS आयु-वर्ष 75 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAMCHANDRA KHUTA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: VILL- GANDHIGHAT; P.O- DO S P.S- KOTOWALI

DIST- PASCHIM MEDINIPUR; WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Do.



OCCUPATION: Flower Seller

TOTAL ANNUAL INCOME: 48,000/- (Yearly) (Attach Proof of Income)

PAN No. Empty space for PAN number

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	RAMCHANDRA KHUTA	88	M	FATHER
2.	SUNIT KHUTA	56	M	Son.
3.	RANJIT KHUTA	48	M	Son.
4.	MAMONI KHUTA	42	F	DAUGHTER-IN-LAW.

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - RE - LE - NUCLEAR SCLEROSIS II
2.	SURGERY - LE - SICS WITH PO IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	U. M. A. N. N. N.	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतबोली या झूठा बयान दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता के रूप में मुझे मिलने वाले किसी भी प्रकार की सहायता का उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मिलने वाले और न ही भविष्य में मिलने वाले।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, जहाँ "कोशिका" एकत्रित कर, दान, चिकित्सा हेतु उद्देश्य से मुझे उपलब्धता और उपलब्धता के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करके कोशिका अधिष्ठाता है। मेरे इस प्रकार के विवरण से इस प्रकार के प्रचार या कार्रवाई करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में स्वीकृति अधिष्ठाता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे भला: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकत्रित कर, दान, चिकित्सा हेतु उद्देश्य से मुझे उपलब्धता और उपलब्धता के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करके कोशिका अधिष्ठाता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Dr. Rabintra Nath Khutia

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, इस प्रकार की और से समर्थन के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार के सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जहाँ "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए हम "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मिलने वाले और न ही भविष्य में मिलने वाले।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुख और अन्य जाने की सभी विषयों पर रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का विषय इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाएं)		ACCEPTANCE स्वीकृत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/12/17	DR. B. B. MEDICAL OFFICER NETRA CHRAMA NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Regn. No. 2286/14.05.2009 MAHENDRA NATH KHUTIA ASST. MANAGER (Camp) VMA NETRA CHRAMA 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 आन्तरिक उपयोग हेतु

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2
✓ SANCTIONED संस्तुति	REJECTED अन्यथा	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>