

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: <u>K/0618/0432</u>		APPLICATION DATE: <u>02.06.18</u>			
NAME of APPLICANT: <u>MADAN MANNA</u>		AGE-YEARS <u>57</u>		SEX <u>M</u>	
FATHER/SPOUSE'S NAME: <u>NIBODH MANNA</u>					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>SAHACHAK, BHUTA, DASPUR-II, PASCHIM MEDINIPUR, 721211, WEST BENGAL</u>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u>					
OCCUPATION: <u>CONTRACT LABOURER</u>				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>Rs. 18000/12 = 1600</u>				(Attach Proof of Income)	
PAN No. <u>XXXXXX</u>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <u>Yes / No</u>					
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.	MADAN MANNA	57	M	SELF	
2.	ANUSRI MANNA	28	F	DAUGHTER	
3.	RUMKI MANNA	03	F	DAUGHTER	
4.	RAHIT MANNA	19	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रि संलग्न करें)		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रि संलग्न करें)		उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
सहायता हेतु किये गये विन्यास का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - (CATARACT) (L)				
2.	SURGERY - L (Cataract)				
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 ले गई सहायता राशि	



DECLARATION by APPLICANT: सर्वोदय प्रो. संजय राव

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं भ्रमन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस सहायता का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोडिगोबेक/बीमा कम्पनी से न ली जायेगा और न ही यहाँ पर नज़र:

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति दाता का हस्ताक्षर)

- 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 fulfilment 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- () इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, चिकित्सा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों में लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में लिप्त अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज में पहले या बाद में करने में लिप्त "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इन्क़ाब नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेदक को ब्रह्मचर्य या अंगुठी का निराल



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 200 4000)

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 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.

हमारे अधिकांश छात्रावली को और से पढ़ाने-पढ़ी को "कोशिका परापूर्वक" से विविध प्रमाणों से सिद्धांत को जाली है, जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकाश से पाने व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही अधिकारों में विधि सभापति किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्तरों से उच्च एंटी-कॉर्पस में होने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोरिफा फाउंडेशन" से विभिन्न/विभिन्न उच्च के सम्बंध में "कोरिफा फाउंडेशन" द्वारा गहरा है। यह "कोरिफा फाउंडेशन" द्वारा सभापति विधि अधिकार-सम्बन्धित हेतु मन्त्रालय की विधि बता है तो सम्बन्धित किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सभापति लेने का अधिकार प्रदान करता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्धित विधि गहरा उच्च एंटी-कॉर्पस हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोरिफा फाउंडेशन" से ही यह सभापति केवल विधि प्रकृति की है। ऐसी पर सम्बन्धित द्वारा ही यह बता है कि यह उच्च/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं सम्बन्धित के बीच का विधि है और "कोरिफा फाउंडेशन" द्वारा किसी उच्च का कोई रखा नहीं है। इसीलिए सम्बन्धित में ऐसी के द्वारा सुझा और अपने जाने की सारी विभिन्न/विधि ऐसी एवं सम्बन्धित की होती और "कोरिफा" को कोई अधिकार या विभिन्न/विधि इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संवीकृती के लिए संमति

Date of Surgery अर्पण की तारीख 02.06.18	 Dr. R. K. Deb MBBS, D.O., FRCS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. र. क. देब का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ स्टैम्प	 Dr. R. K. Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसकात अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तफा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तफा 2
	