

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0919/1432

APPLICATION DATE: 2/9/19

NAME of APPLICANT: PARUL METE

AGE-YEARS आयु-वर्ष 72

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MADAN METE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BIRENDRANAGAR, KASHWARA, HOOGHLY 712102, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: R5 19000 X 12 = 228000

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी 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.	PARUL METE	72	F	SELF
2.	GOLOP METE	58	M	SON
3.	CHAYNA DHYAN	56	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS + CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (GTCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILABLE 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 AVAILABLE सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक ह्यो येनत नमः**

- 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 कतार दूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि सहायता, यदि प्राप्त हो, केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रारूप में प्रस्तुत किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से इस राशि के लिए कोई भी भुगतान/प्रतिपूर्ति नहीं कराया/कराऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति दाता द्वारा)

- 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब हाथका या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" एनम् न्यासी, राज, चण्डाबाद द्वारा उत्तराखण्ड में मुझे प्रतिनिधित्व और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार सम्भव से प्रशस्त करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सम्भव हो उत्तराखण्ड में प्रेषित है मुझे स्वतः; सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एनम् न्यासी के निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (HUSH TO WORK)

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.

1) यह कि न तो रॉयल और न ही रूढ़िवादी में रूढ़िवादी छात्रों की तैयारी संयोजन या किसी अन्य संस्था से ब्रह्म रोपी/मार्क्स में होने या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलेजियल फ़ाउन्डेशन" से डिप्लोमा/डिग्री प्राप्त की सम्मति में "कॉलेजियल फ़ाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलेजियल फ़ाउन्डेशन" द्वारा छात्रों को विदेशी/अमेरिकन हेतु प्रत्यक्ष तैयारी किया जाता है तो अत्यन्त किस्ती अन्य तैयारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से छात्रों होने का अतिरिक्त सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्त रूढ़िवादी मदद ब्रह्म रोपी/मार्क्स हेतु किसी तैयारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं होता/होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संज्ञा

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

2/2/19

MBBS, MS, PhD (Eve), FMRP, FSNec
Reg. No. - 68668
Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
क्याह को नमः य इत्यस्य य एव य

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
प्रथम भरोसा :

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 स्वामी इत्यादि 2

Rich