

C19/09/0109

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

C10919/0112

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

03.09.2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Yameen

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

58

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Yanni

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता

Vill - Bhajewale, Post - Behat
Taluk - Behera - Dist - Sahasranpur
Pin - 247120

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासस्थान पता

As Above

Be Op Post Op
Yameen 0112

OCCUPATION:

व्यवसाय

labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

60,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. पैन संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)

Yes हाँ

No 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)	Roshni	48	F	Wife
(2)	Habib	21	M	Son
(3)	Bilki's	19	F	Daughter
(4)	Jeta	17	F	Daughter
(5)	Suleman	15	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - Absolute Eye LE - JMSC
(2)	Surgery - LE - STCS T10L

ASSISTANCE BEING AWAIED 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 AWAIED लौ गई सहायता राशी
(1)	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: अर्हता प्राप्त की जाती है।

- 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 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "केशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भरी जा रहा है, उस सहायता का भविष्य में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (අදායක පුද්ගලයාගේ)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओंठों की छाप लगाकर, मैं (अर्चदेव) अपनी प्रशस्ति की पुष्टि करता हूँ कि "कॉलेज फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और को विवरण इस प्रश्न में प्रोविड है, उसे "कॉलेज" एवम् ग्राहकों, स्टाफ, फायदागारों द्वारा उद्देश्य से चुनी निर्दिष्टियों और उत्तराधिकारों को लिखे किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने में लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण पर हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने में लिए "कॉलेज फाउंडेशन" से ग्राहकों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्चदेव) इस बात से सहमत हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता में उद्देश्यों से प्रयुक्त है मुझे स्वयः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉलेज" एवम् ग्राहकों ग्राहकों का निर्दिष्ट अधिकार और सामग्री होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपने-अपने दायित्वों का निर्वाह करने के लिए

CH
self



AGREEMENT by HOSPITAL (E00018 200 400)

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.

इसकी स्मृतिकुल, बंगाली की ओर से मयलेतीची को "कोईका भगवन्तेश्वर" से मिलियन साक्षात् ईशु मित्राचार्य को कही है, जिसे इन (हस्तगत) विमान प्रसार से समझ व स्वीकार करने हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संसदाले

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09.09.2019

Dr. ANUJ DUBEY (MS)

OK. Any clubby

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

(Name)

VTVEK RANA

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Dr. Shashi on behalf of Hospital

नाम: पद: इच्छित:

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

म्यासी समस्या 2

[Signature]