

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 2/10/20/3783 APPLICATION DATE : 27/11/2020
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MANJU TIWARI AGE-YEARS उम्र-वर्ष 60 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SURENDRA TIWARI
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता
UTTAR TARA, GAUTHA, VITARPADA SH
277202

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता
AS ABOVE



OCCUPATION : HOMEMAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1800 X 12 = 21600 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. क्या/क्या नहीं है
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	MANJU TIWARI	60	F	SELF
2	RAVJAN TIWARI	27	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधिगत आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय रोज़ा के पोषण प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	SURGERY - RE (SIPSTOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हाँ गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 and 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई भ्रामक एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस प्रकरण के लक्ष्यका लागि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त करने के लिए यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने विशेष उद्देश्य, के लिए इस सहायता को प्राप्त किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस सहायता को प्राप्त करने के लिए, इस सहायता का कोई भी हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण का आवेदन प्रस्तुत करने के लिए मैंने अपना हस्ताक्षर, नाम (आवेदक) अपनी छाप/अंगूठे की छाप लगाई है एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रसारित करें, उसे "कोशिका" एम.एन.एल. द्वारा, पत्र-व्यवहार, दूरदर्शन, रेडियो, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि माध्यमों से प्रसारित करने के लिए प्रयोग करें। इस प्रकार से मेरी छवि और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस सहायता को प्राप्त करने के लिए प्रयोग करने से मेरी सहायता का अधिकार नहीं बनता। इस मामले में "कोशिका" एम.एन.एल. भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 सहायता देने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिपूर्वक/अनुमति हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पहर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रकरण को सही प्रकार से निपटारे/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमें सहायता के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों को सही विधेयता रोगी एवं हमें सहायता की ओर और "कोशिका" को कोई दबाव या विधेयता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपेक्षित की तारीख 09/11/2020</p>	<p>Dr. Pradyumn Chatterjee M.S., DNB Regn. No. - 70553 Sustal Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप</p>	<p>Shri Shankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 </p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 </p>
---	---