

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)		Koshika foundation	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)		Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0126/3066		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 2/1/26			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Farhana Begum		AGE-YEARS आयु-वर्ष 69			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/ससुरा का नाम W/o Nasir Ahmed		SEX लिंग F			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता H.No- 6/A, Angoori Shree Hussain Street					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता Fort, Krishnagar, Tarnetar, Khamrui				pre op post op 3066 Farhana Begum	
OCCUPATION : व्यवसाय Unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)		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 सम्बंध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मध्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
				Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
①	Diagnosis RE Cataract				
	LE Cataract				
②	Surgery RE Cataract + PCICL				
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 ली गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा 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, 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.

मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है। यदि कोई झूठा बयान दूँगा तो मेरा आवेदन और सहायता अस्वीकार/रद्द हो सकती है।
 मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि यदि मैं कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करता हूँ तो मैं उसे केवल इस फॉर्म में उल्लेखित उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा।
 मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से, जिसके लिए मैं इस सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ, से कोई भी सहायता प्राप्त नहीं करूँगा।

- DECLARATION by APPLICANT:** **आवेदक द्वारा घोषणा:**
- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निधि को खारिज कर दिया जायेगा।
- (2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी, वह केवल इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जायेगी, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- (3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायक निधि से प्राप्त राशि को भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शरक) अपनी समर्थन की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासीय, दन, सारकतक दुसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण यहाँ इलाज के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीय अधिकृत है।

2) मैं (अर्शरक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद माय, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रकाशित के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस समर्थन में "कोशिका" एकम् उनके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सध्यकारी होगा।

आवेदक: डॉ. हरमलदास या अंगुठे का निवास



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.

हमारी अधिकृत, इसाफादी की ओर से समर्थन/सोपी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निषिद्ध आर्थिक/प्रक्रिया हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल प्रियेय प्रदत्त उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से नही कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या इस्पताल द्वारा ही कोई प्रक्रिया या विधि एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी प्रकृति या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

A.P.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21126

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व इलाका व स्थिति नं.

Mr. LAKSHMIPATHI
Senior Manager

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद इत्यादि अधिकतम अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्यासी हस्ताक्षर 2