

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/10818/10912  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 04.08.18  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : RAJENDRA SAH  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 39 वर्ष  
SEX M लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MOTILAL SAH  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बर्धमान, माजुवाला, सावन, बिहार, 841313

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : UNEMPLOYED

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. साई छात्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1.                     | RAJENDRA SAH                                      | 39                         | M              | SELF  |
| 2.                     | JOYNTA DEVI                                       | 31                         | F              | WIFE  |
| 3.                     | AKSHAY KR SAH                                     | 50                         | M              | SON   |
| 4.                     | LOGAL KISHOR SAH                                  | 48                         | M              | SON   |
| 5.                     | MIREE KUMARI DEVI                                 | 45                         | F              | DAUGHTER  |
| 6.                     | CHANDRANATH DEVI                                  | 41                         | F              | DAUGHTER  |

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

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|---|---|--|--|

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT - 1E  |
| 2.                     | SURGERY - 1E (SICS + IOL)  |

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>इस सहायता का राशि |
|------------------------|---|---|
|                        |   |   |
|                        |   |   |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल इसी उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में अपने उद्देश्य के लिए, अपने भुगतान के लिए, अपने स्वयंसेवक/रोजगार/बीमा कंपनी से या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए कोई भी आवेदन नहीं करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" फंडिंग के माध्यम से, मुझे, कर्मचारियों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए या मेरे उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रसारित करने के लिए प्रयोग करने से मेरी सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं बनता। इस मामले में "कोशिका" फंडिंग के भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

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.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ घोषणा करने वाले अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिए किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, क्योंकि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए सिफारिश की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने पर उदाहरण के लिए किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, उसे हम (हस्पताल) द्वारा ही प्राप्त किया जा रहा है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई उद्देश्य नहीं है। इसलिए हमें सहायता प्रदान करने के लिए सहायता प्रदान करने का कोई अधिकार नहीं है और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या भुगतान इस मामले में नहीं होगा।

| RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)<br>संस्तुति (स्वीकार/निस्त का निराकरण लागू) |   | ACCEPTANCE<br>सम्मत   | REJECTION<br>नकार |
|--|---|---|-------------------|
| Date of Surgery<br>अपेक्षा की तिथि<br><b>04.08.18</b>  | <br>A. Kundu<br>MBBS, MS<br>Reg. No.-55127<br>(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)<br>हस्तर का नाम व हस्ताक्षर व छाप | <br>Sushil Kumar Bajpai<br>Trustee<br>Koshika Foundation & Research Centre<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>हम न पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |                   |

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

| SANCTIONED<br>संस्तुति | REJECTED<br>नकार | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>हस्ताक्षर 2 |
|------------------------|------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|                        |                  |                                       |                                       |