

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                        |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                |                | <br><b>Koshika</b><br>Foundation<br><small>Building Block of life</small>             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: K10818/1045<br>आवेदन संख्या:                                                                                                       |                                                                                              | APPLICATION DATE: 11.08.18<br>आवेदन तिथि                                                                          |                |                                                                                                                                                                         |  |
| NAME of APPLICANT: PADMA MUNDA<br>आवेदक का नाम                                                                                                      |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>58                                                                                          | SEX लिंग<br>F  |   |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ASHOK MONDA<br>पिता/हस्ताक्षर का नाम                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: भारतीय आवासन पत्र<br>INDIAN GARDEN STATE GUJARAT, SHIBPUR,<br>HAOR CORPORATION, HADRA, JHARKHAND,<br>WEST BENGAL         |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासन पत्र<br>AS ABOVE                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |
| OCCUPATION: HOME MAKER<br>व्यवसाय                                                                                                                   |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: NIL<br>कुल वार्षिक आय                                                                                                          |                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                                                |                |                                                                                                                                                                         |  |
| PAN No. स्थायी खाता संख्या                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 से संबंध                                                                                                                               |  |
| 1.                                                                                                                                                  | PADMA MUNDA                                                                                  | 58                                                                                                                | F              | SELF                                                                                                                                                                    |  |
| 2.                                                                                                                                                  | PRAGATI MUNDA                                                                                | 35                                                                                                                | M              | SON                                                                                                                                                                     |  |
| 3.                                                                                                                                                  | ORMILA MUNDA                                                                                 | 31                                                                                                                | F              | DAUGHTER                                                                                                                                                                |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए बिली 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>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                                |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विचारों का उद्देश्य:                                                                   |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                              | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |
| 1.                                                                                                                                                  | DIAGNOSIS - CATARACT - LE                                                                    |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |
| 2.                                                                                                                                                  | SURGERY - LE (SICS + IOL)                                                                    |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>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>सी गई सहायता राशी                                                           |                |                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                         |  |



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाला:**

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनकर अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह उद्देश्य को नहीं हूँ, उस मदद का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ 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 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 donation to 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 तरह पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने द्वारा यहाँ घोषित किये गए "कोशिका फाउन्डेशन और इसके निदेशकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस तरह में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बेड, प्रिंट, पब्लिश करने के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से सहायता के लिए प्रचारित कर सकते हैं। मेरे द्वारा या मेरे द्वारा मेरे नाम के बिना या बिना मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बेड, प्रिंट, पब्लिश करने के माध्यम से सहायता के लिए प्रचारित करने का अधिकार केवल कोशिका फाउन्डेशन और इसके निदेशकों को होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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, हमारा यहाँ यहाँ के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना या बिना "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा सहायता सिफारिश के बिना या बिना अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषित में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा सहायता सिफारिश के बिना या बिना सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले सकते हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कोषाक्त वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हमारा द्वारा ही यह सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे ही है हमारा को भी या बिना है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमारा ही है रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों को हमारे सम्बन्ध में ही है हमारा को ही है और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)  
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)

ACCEPTANCE  
मान्यता

REJECTION  
नमान्यता

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

11.08.18

Dr. Harsh Shankar Nag  
MBBS, MS, (OPHTH)  
Reg. No. 43655

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

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

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2

SANCTIONED  
संस्तुति

REJECTED  
नमान्यता