

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0119/2763

APPLICATION DATE: 23/01/19

NAME of APPLICANT: KUNTE DEVE

AGE-YEARS 60

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHRAVAN VERMA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

MUHLACHARIMAN, WARD NO 16, SHRIKHPURA
BHAR, KILLOS.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

- AS ABOVE -

OCCUPATION: DOMESTIC HELP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 800x12 = 9600/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. यदि प्राप्त हो

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
हां / 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.	KUNTE DEVE	60	F	SELF
2.	SHRAVAN KUMAR	71	M	HUSBAND

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना गया कुछ है तो मेरी जानकारी सिद्ध की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे कोई सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक के रूप में घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करें, या अन्य माध्यमों के माध्यम से मेरी छवि और विवरण का उपयोग कर सकें, जिससे कोशिका फाउंडेशन को दानों का आग्रह किया जा सके और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी फैलाया जा सके।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग केवल "उद्देश्य" के लिए ही किया जा सकेगा। कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों का निर्णय होगा कि मेरी छवि और विवरण का उपयोग किस प्रकार किया जा सकेगा। इस निर्णय में मैं "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के निर्णय से सहमत हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**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.

हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि हम वर्तमान में और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा माँगी गई सहायता के लिए है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा माँगी गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा नहीं दी जाती है, तो हम कोशिका फाउंडेशन द्वारा माँगी गई सहायता को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस घोषणा के माध्यम से हम यह भी घोषणा करते हैं कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा माँगी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय केवल रोगी के चिकित्सा इलाज और/या रोगी के जीवन के लिए ही है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा माँगी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज का निर्णय रोगी और रोगी के परिवार के बीच ही लिया जाता है और कोशिका फाउंडेशन को इस निर्णय में कोई भी भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23/04/19

Dr. Dhananjay Giri
MBBS, MS

Reg. No.-80578

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Shib Sanker Begchi
Director

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

हस्ताक्षर 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