

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/0339/2847 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 28/01/19 आवेदन तिथि		 	
NAME of APPLICANT: SULEMA DEVI आवेदक का नाम		AGE-YEARS 68 आयु-वर्ष	SEX F लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAMDEV RAJAK पिता/सहोदर का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BUKAR, JAMUI, GARSANDA, BIHAR. 811302 वर्तमान आवासीय पता			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE स्थायी आवासीय पता					
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. [Blank] आवेदक का पैन संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSOR (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. 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.	SULEMA DEVI	68	F	SELF	
2.	RAM DEV RAJAK	75	M	HUSBAND	
3.	BIKAR RAJAK	46	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतार प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतार प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कतार प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSES - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (SIC - 100)				
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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: ज्ञापक 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.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वाचक प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी प्रार्थना विरक्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने का यह है, प्रमाण प्रमाण इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये दिया जायेगा, जो इस प्रश्न में दर्ज है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि बिना प्रमाण के यह प्रमाण की गई है, इस विवरण का अधिकार या अधिकार प्राप्त किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगे।

AGREEMENT by APPLICANT (unless otherwise noted)

- 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/post-up/produce 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छाप की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्राताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विषय इस प्रश्न में संक्षिप्त हैं, उसे "कोशिका" एवम् भ्राता, दाता, समर्थक द्वारा उद्देश्य से मुझे लक्षितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विषय मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे के छाप से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व भ्राता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय जो कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके भ्राताओं का निर्णय अंतिम और अप्रकारणी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

[illegible]

AGREEMENT by HOSPITAL. (H4000 20) 4000

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.

एक और बात, हमारे अंदर की ओर से आनेवाली वो "अविनाश योग्यता" से जितना सम्मान होना चाहिए वो जल्दी है। जिसे हम (अपमान) दिन-प्रतिदिन से मान्यता देना चाहते हैं।

- 1) यह कि न तो संघर्ष और न ही अधिकार में विधि सहायता किसी नैर सारकारी संघर्ष या किसी अन्य उद्योग से उठा लेनी/पहनी में ली जा सके है, बल्कि कि अपने "कॉलिका फायरिंग" से निपटार/निपटित उठा के संघर्ष में "कॉलिका फायरिंग" द्वारा नगर हेतु कि है। यदि "कॉलिका फायरिंग" द्वारा सहायता विधि अधिकार/सहाय हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य नैर सारकारी संघर्ष या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता विधि नगर उठा लेनी/पहनी हेतु किसी नैर सारकारी संघर्ष या किसी अन्य संघर्ष से नहीं लेना/पहनी।
2. "कॉलिका फायरिंग" से ही यह सहायता संभव विधि प्रयुक्त की है। लेने या हस्तागत द्वारा ही यह सहाय या जिने एवं उपचार/क्रिया का प्रयुक्त लेने एवं हस्तागत के बीच का विषय है और "कॉलिका फायरिंग" द्वारा किसी उद्योग का कोई उद्योग नहीं है। इसलिये हस्तागत में लेने के हस्तागत सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी लेने एवं हस्तागत को लेने और "कॉलिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/01/19	Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DNB, FRCS Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) कोशिका फाउंडेशन रिसर्च सेंटर	Dr. Shikhar Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital/Research Centre) नाम व पद इत्यादित्त अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसी इस्तफा 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसी इस्तफा 2 	