## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE 23/07/19 Building block of life. APPLICATION No. : K10710 1005 आवेदन संग्रम : AGE-YEARS NEE-TH SEX Ren NAME of APPLICANT : DHEREMORANATH MANDA 75 आबेटक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUDHATYA MATTDAL पिता/कटुम्प का नाग PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तवन आवासीय पत SELGIOHALTA, BARUTPUK, KHOLACHATA PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवासीय पता AS ABOVE -UNEMPLOYED OCCUPATION: MARRIED (RIVER) / UNMARRIED (ARVITER) व्यवस्थाप (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2000 x 12 = 24000) (आग का साक्य संसम्न) कुल वार्षिक आय PAN No. THIS BEET HEAT ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर राता है (को मान्य हो उस पर सड़ी का निशान लगाये) हर्। अही FAMILY DETAILS परिवार विकरण Age (Years) Name of Family Member Gender Relation with Applicant 他何 परिवार के सदस्यों का नाम डम (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध क्रम मंख्या O SARAJINI MA SESEBBANA MA C KABITA MAND m DAVERTER BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायस के लिये विनति आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) BPL Card Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपयोग्ना कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाम पत्र अल्ब अस वर्ग प्रवाण पत्र अन्य कोई सहस्य (प्रमाण पत्र की काश प्रति मंतरन करे। (प्रयाग पत्र भी कामा प्रति संलान करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसान करे) "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये किनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पतास/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुवी संलग्न क्रम संख्या DIAGNOSES 2- SURGERY -RE-/ ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के डेंत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. शी गई सहायता एको अस्य प्रशेत का नाम क्रम संख्य

## DECLARATION by APPLICANT: अलेव्स प्रच पोषणा पत:

- 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.
- 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.
- 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.
- वै भीचना करता है कि इस प्रक्रम में रिये गये सभी विकाल मेरे व्यवकारी के अनुसार सांध एवं सारी है। पदि कोई विकाल एवं कम्पन असल्य पाया जाता है तो फी सहावता निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे ह्या जो सहायक एति "कोतिका फाउन्हेंतन", से ली जा जी है, उसका उपयोग उसी उदीरत की पूर्वि से लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करत हैं कि दिन प्रवारत हैंतु यह प्रार्थन की यह है, उस एति का अंतिक या सकत दिन्सा किसी अन्य सोट्नियोककाबीय कम्पनी से न सो तिना है और न ही पविष्य में मैंता।

## AGREEMENT by APPLICANT (SPÈCE DE WOL)

- 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & dutaits 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 प्रथम पर अपने इस्तावर या अंगते की क्राय लगाकर, मैं (अवनेदक) अपनी सहमति की पुष्ट काता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को आंधवृद काता हूँ कि मेरा माम, पत्ती और जो विवाल इस प्रथम में मोबित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, एन, यावनात्ता पूत्ती उद्देश्य से पुत्री गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी यो प्रसार माध्यम से प्रसारित करने में लिए अधिवृत है। मेरे प्रथम का विवाल मेरे प्रथम के पत्ती माम में करने के लिए अधिवृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सत्रपत हूँ कि मेंच चन, पता, फोटो और नियरण जो कि सहायत के उद्देश्यों से आर्थत है पुझे स्वत: सत्रायत का तक्यार नहीं करता। इस सार्व्य में "क्टेंसिका" एक्स् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाम्यकारी तथा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMS IMPRESSION : অন্তর্গত ঋ হারছার বা কাঁবুই কা দিলান



## AGREEMENT by HOSPITAL (XPRING DO WOK)

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.

हम्परं अधिक्त, इस्तक्षी को और से काम्रेएंग्री को "कॉशिका फाउन्हेशन" से विशिव स्तावता हेतु शिवारित की काती है, जिसे इन (इस्प्राल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वोक्तर करते हैं।

1) यह कि न जो कर्मक और न ही परिष्य में निर्देश सहायता किसी मेर सरकारी संस्थान या किसी अन्य रखेत से उन्तर रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिम्पर्याल किसी अन्य के सम्बद्ध में "कोशिका फाउन्टेशन" हुए भरर हेतु कि है। मिर "कोशिका फाउन्टेशन" हुए सहस्था किसी अन्य के सम्बद्ध में क्या किसी अन्य साम्याल से सकारत सेने का अधिकार सुर्दिश रखता है। इस पृथ्ध में स्थय कहा जाता है कि अस्पराल द्वितीय मदद उन्तर रोगी/मामले हेतु किसी मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साम्यास से नहीं लेगा लोगी।

2. "कॉशिका फाउब्देशन" से ती गई सहामक्ष केवल विशिष प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वार में गई सलाह मा किये गये उपसार/प्रक्रिया का भूगव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विश्वय है और "कॉशिका फाउब्देशन" द्वारा कियी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव मुख्या और उतने जाने की सबसे विश्वयारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई मूमिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR A स्वीकृती के लिए	संस्तुवि
Date of Surgery ऑसेश की करेब 23 (87) (9)	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) ভাৰতা কা নাম য ভাৰতাৰ য যতি, য	Susrut Eye Formance & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) বাম ৰ পৰ হমবল স্বাধিক্য কমিকাট্ট
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUR	NDATION अन्तरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी इस्टाम्स ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 HIGH BRIDER 2
E	funge	lite_