(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखपाल) foundation APPLICATION No.: K/0819/1016 APPLICATION DATE : Building block of tile 1/8/19 आवेदन तिथी आवेदन संख्या : AGE-YEARS SET-HY SEX frin NAME of APPLICANT : ARMILA SARDAR आवेदक का नाम 49 F FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHANKAR SARDAR पिता/कट्टम का नाग PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आनामीय पता RERMAJUR GHOLA TRANK PARA, "HATEHOLA, GANDESHKHALI" PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आयामीय पता AS ABOVE -OCCUPATION: HOME MAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) TOTAL ANNUAL INCOME: R5.1700x12 = 20400f (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आप (आय का साक्य संलग्न) PAN NO. THIS BEEL HISH ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes I No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सती का निशान लगाये। हाँ / नही FAMILY DETAILS TRUTT FUTURE Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant Sr. No. परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) सिंग आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्या CASANTI SARDAR 49 DAUGHTER E SARDAR N BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card **EWS Certificate** Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/Proof अस्य जाय वर्ग प्रयाग पत्र उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रचाम पत्र अन्य कोई सास्य (प्रयाण पत्र की साथा प्रति संलान करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतान करे) (प्रयान पत्र को क्राया प्रति संशान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: स्खायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्प्यास/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संसन्न क्रम संख्य DIAGNOSIS - CATARACT-SURGERY-RE (SIES + IOL)

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

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

सी गई सहायता राशी

NAME of OTHER SOURCE

अन्य मधीत का नाम

Sr. No. इस्म संख्या

DECLARATION by APPLICANT: अस्पेरक द्वार योगण पर:

- 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.
- वे चोचना करता है कि इस प्रकल्प में रिये गये सभी विवरण मेरी वानकारी के अनुसार साथ एवं करी विवरण एवं कथन असल्य पान के ले मेरी सहारता निरात की का सकती है।
- में इस अं अलक्ष्य वर्ति "कॉलिका फाउन्बेलन", में सी का घी है, उसका उपयोग उसी उर्दर की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्राक्य में भए गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि किस सहस्थत हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस स्ति का अतिक या सकत दिस्सा किसी अन्य खेतानियोक्काभीमा कम्पनी से व तो तिन्त है और व ही भीवन्य में सूचा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक क्रव करा)

- 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 & 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.
- 3) इस प्रथम पर अपने बस्ताक्षर या अपने की क्राण सामाकर, मैं (आवेदक) अपनी सक्ष्मीत की पूरि करता हूँ एवं "कॉरिंगका प्राउदेशन और उसको न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मैद्र बाम, पता, पते और जो विवास इस प्रथम में मंदिक है, उसे "कॉरिंगका" एवम् न्यानी, प्रान, वायनात्र पूत्त उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपसम्बद्ध में विवास के विवास में प्रशास करने के लिए अधिकृत है।
- थै (अवदेदक) इस कर से सहमत ई कि मेंग चम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायत के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायत का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशका" एवम् उसके न्वासियों का निर्मय और मान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : उटचेरक के कारावार का अंदर्ज का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (** PRINT BID WOR)

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.
इयरे अधिकृत, इस्तक्षणी की और से स्वयन्तेयों की "कॉलिका फाउन्हेशन" से विदिय सहायता हेंदू शिकाशित की जाती है, जिसे इस (इस्तवात) विस्न प्रकार से सान्य य स्वोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तकान और न ही पविष्य में विदिय सहायता किसी मेर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उन्तर देगी-प्रयास में मेंने या से रहे हैं, जैसे कि इसने "कॉलिका फाउन्हेशन" से सिफारिक विविद्य कर के सम्बय में "कॉलिका फाउन्हेशन" हात परद हेंदू कि है। यदि "कॉलिका फाउन्हेशन" हात स्वायता विद्या अधिकार सकता के सम्बर्ध में किसी अन्य सन्वायन से सहायता सेने का अधिकार सुर्वकार है। इस पृष्टि में स्वयन कहा बाता है कि अस्पताल दितीय पदद उन्तर रोगी-प्रयास हेंदू किसी मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा लोगे।

2. "कोशिका चाउन्देशन" से सी गई सहस्था केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इस्पाल हाय से गई अपवाद पा किये गई उपवादप्रक्रिया का चुनव सेसी एवं इस्पालल के बीच का विषय है और "कोशिका चाउन्देशन" हाय किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पालल में ऐसी के इलाज मुख्या और अपने जाने की सारी जिल्लेदारी ऐसी एवं इस्पालल की होगी और "कोशिका" की कोई पूर्विका या जिल्लेदारी इस मामले में नहीं होगी।

		FOR ACCEPTENCE Shib Sankar His लिए संस्तृति Sustral Eya Foundation & Ri	
Date of Surgery ਆੰਦੇਸ਼ਾ ਵੀ ਕਰੰਬ 1 / S/19	Reg. No. \$372 Special (Name of Dr. & Regio No. with Stamp) sizes as an a season a till a	(Name, Designation & Stamp of Auth on behalf of Hospita ন্য য ফং হম্মলে অধিভূত জা	norised Signatory
	FOR INTERNAL USE of KOSHIK	FOUNDATION व्यन्तरिक उपयोग हेत्	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यानी इस्तावर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी अस्ताकार 2	
(Sufungel	lite	