

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/2019/1778** APPLICATION DATE : **16/10/2019**  
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **KUNDU MURMU** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **61** SEX लिंग : **M**  
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **SUKLA MURMU**  
 पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

**NAGALPAM, RAJAWAHAMU #13166, WEST KENDUJHAR**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

**AS ABOVE**

OCCUPATION : **UNEMPLOYED**  **MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)**  
 व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 1800 X 12 = 21600/-** (Attach Proof of Income)  
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes / हा  No / नहीं  
 क्या आप आय कर राज है (को मान्य हो उस पर सही का निरान लवाये)

**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.	<b>KUNDU MURMU</b>	<b>61</b>	<b>M</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>KAMALI MURMU</b>	<b>54</b>	<b>F</b>	<b>WIFE</b>
3.	<b>KESTA MURMU</b>	<b>31</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>
4.	<b>LAKHIRAM MURMU</b>	<b>29</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>

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

<input type="checkbox"/> <b>BPL Card (Attach Card Copy)</b> गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> <b>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</b> अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> <b>Ration Card (Attach Copy)</b> उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> <b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
 सहायता हेतु किये गये विकार का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<b>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</b>
2.	<b>SURGERY — RE (SICS + IOL)</b>

**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: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद गत है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार, इस उद्देश्य के अतिरिक्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता लेगा और न ही भविष्य में लेंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- 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/post-up/republish 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन" और उसके न्यायियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कॉशिका" एन.जी.ओ. द्वारा, कर्मचारियों द्वारा, उद्देश्य के लिये विज्ञापित करने के लिये विभिन्न माध्यमों के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी सहायता के पत्रों या पत्र में करने के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन" से प्रकाशित किया जा सकता है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित किया जा सकता है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एन.जी.ओ. उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता देने की "कॉशिका फाउन्डेशन" से विज्ञापित सहायता हेतु विज्ञापित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विज्ञापित सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी के लिये या हेतु नहीं है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से विज्ञापित/विज्ञापित उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ किया है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विज्ञापित/विज्ञापित हेतु संपूर्ण नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विज्ञापित प्रदान उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ही वह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्रदान और उसे जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कॉशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16-10-2019</p>	<p><b>Dr. K. Ghosh</b> M.B.B.S., D.O., D.M.S., F.R.C.S Reg. No.-50971 Susrut Eye Foundation &amp; Research Centre (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर य परिये</p>	<p><b>Shib Sankar Bagchi</b> Director Susrut Eye Foundation &amp; Research Centre (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>
	