

C19/10/0248



**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)**  
**सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल)**

APPLICATION No.: C/10/19/0210 APPLICATION DATE: 14.10.2019  
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Saroj AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65 SEX लिंग: F  
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Govind Prasad  
 पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Ward-10 - Bahi Post - Yangab  
Ward-10 - Yangab Distt - Saptari  
Post Office - Yangab, 247341  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Ward-10 Yangab  
 स्थायी निवास पता



OCCUPATION: House wife MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME: 54,000 (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न) NA  
 कुल वार्षिक आय

PAN No. NA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ) Yes/No हाँ/नहीं

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 संबंध
(1)	Prasad	70	M	Grandfather
(2)	Handan	58	M	Son
(3)	Israh	30	M	Son
(4)	Sabit Kumar	28	M	Son

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE + IBS LE + MSC
(2)	Surgery - RE + IBS + IOL

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
**इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?**

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस स्रोत से प्राप्त सहायता राशि
(1)	SCHE	

for which this assistance is requested.

2) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उसका उद्देश्य उचित उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में था।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदाता द्वारा करार)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested, in any print or electronic medium, including but not limited to, newspapers, magazines, journals, brochures, etc. for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its 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, 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शदाता) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृवर्गों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में दिये गए हैं, उसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, पत्रिकाओं द्वारा उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये प्रसारित करने के लिए प्रयुक्त करे।

2) मैं (अर्शदाता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिये दिये गये हैं, सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, पत्रिकाओं का प्रसारण अंतिम और अविभाज्य होगा।

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

अर्शदाता की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

self (with thumb impression)

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें स्वीकृति, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय स्वीकृति/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत या सरकारी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ यह बात है कि अंततः वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा ही यह सहायता या बिना किसी प्रकार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी को इलाज शुरू और जारी रखने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल को होती और "कोशिका" को कोई भुविगत या विभागीय इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>14.10.2019</p>	<p><b>Dr. Abhay Gupta (DO, DNB)</b> <i>(Signature)</i> (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p><b>VIVEK RANA</b> <i>(Signature)</i> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory or behalf of Hospital) नाम व पद/हस्ताक्षर/सिफारिश अधिकारी</p>
--	--	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भ्रातृवर्ग 1</p> <p><i>(Signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भ्रातृवर्ग 2</p> <p><i>(Signature)</i></p>
--	--

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:**

- 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.
- 2) 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण अभाव पाया जाता है तो पेटो सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ जहाँ घोषणा करती "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या जो है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा हूँ कि इस सहायता हेतु यह उद्देश्य ही नहीं है, इस दवा के अतिरिक्त या अलग अलग किसी अन्य डॉक्टर/निर्माता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।


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

- 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/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यासी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" दम्पन पत्रों, पत्र, पाक/पत्र दूरभाष उद्देश्य में मुझे प्रतिनिधित्व और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार का प्रयोग से प्रेषित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्पन पत्रों या न्यासी का निर्णय अंतिम और सन्तुष्टकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

self



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 ओर से समर्थन/सिफारिश को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) वित्त प्रकर से माग व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना गैर-व्यवसायिक या मुद्रण रोगी एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर और अपने जाने की सही विधेयता रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>14.10.2019</p>	<p><b>Dr. Abhay Gupta (DO, DNB)</b> <i>Dr. Abhay Gupta</i> (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख</p>	<p><b>VIVEK RANA</b> <i>Vivek Rana</i> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद/संकेत अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Safarpur</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	--