

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/11/19/2259 APPLICATION DATE : 14/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SUMITRA DEVI AGE-YEARS 54 SEX F
आवेदक का नाम आयु वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUKDEV SAH
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : HIRNI, DARISHANGA, BIHAR 858213
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : HOUSE WIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1700 x 12 = 20,400 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. क्या है? हाँ नहीं
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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.	SUMITRA DEVI	54	F	SELF
2.	SUKDEV SAH	43	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिया गया सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में उल्लेख किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त होती है, तो इस सहायता का उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में पूर्ण या आंशिक रूप से किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो सहायता प्राप्त करूँगा और न ही सहायता का उपयोग करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा स्वीकार)

- 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 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 अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्हक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। यह प्रारूप का उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सिर्फ सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिए प्रयोग किया जाएगा और इस प्रारूप में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिए अधिकृत किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- 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.
- इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता देने के लिए कोशिका फाउंडेशन को सिफारिश करने के लिए हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले सकते हैं, क्योंकि हम कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रमाण पत्र के माध्यम से हम यह स्वीकार करते हैं कि कोशिका फाउंडेशन को वित्तीय सहायता के लिए कोई भी सहायता नहीं दी जाएगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त हस्ताक्षर करने वाले हॉस्पिटल द्वारा चिकित्सा उपचार के लिए चयन किया गया है और कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रस्तावित उपचार को प्रभावित नहीं किया जाएगा। इसलिए हॉस्पिटल को उपरोक्त उपचार के लिए पूर्ण और सही रूप में सहायता देने की ज़िम्मेदारी होगी और कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत के लिए सिफारिश

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>14/11/2019</p>	<p>Dr. Nandakshi Karan MBBS, DO, DNS Reg. No.-83729 (Name of Hospital & Regd. No. with Hospital Centre) हॉस्पिटल का नाम या हस्ताक्षर पत्रिका नं.</p>	<p><i>(Signature)</i> Bankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर 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>
<p><i>(Signature)</i></p>	<p><i>(Signature)</i></p>