

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 21/1119/2225
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 16/11/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : RAKIV KHATUN
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 57
SEX लिंग : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : MD TAUHID
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

THATHERI GATE, PURANI BAZAR, GONDAPUR,
NAWADA, BIHAR 805110

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION : HOUSEWIFE
व्यवसाय

MAARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2300 X 12 = 27600/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाये)

Yes / No
हां / 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.	RAKIV KHATUN	57	F	SELF
2.	MD TAUHID	60	M	HUSBAND
3.	IRBAL	34	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) गणितो देखा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को ऊपर छवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को ऊपर छवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को ऊपर छवि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

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

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

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: कर्षक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं या सहायता हेतु यह प्रबंधन की नहीं है, इस लक्ष्य का अतिक्रमण करने वाला किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्षक द्वारा करार)

- 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्षक) अपने धर्मनिरपेक्षता को स्वीकार करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'पार्षदों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उनके "कोशिका" दान, प्रचार/सूचना हेतु उद्देश्य से मुझे सविधिपूर्वक और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्रों के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित है।
- 2) मैं (अर्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित किया जाता है: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दान उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और अक्षरवादी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्षक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण



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 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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) द्वारा प्रचार से लाभ न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश हेतु के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग रहे हैं कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अतिक्रमण हेतु मांग नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल सिफारिश पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं ले सकते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस प्रकार से नहीं किया जा सकता है कि न तो उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इलाज के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इलाज के इलाज हेतु और अन्य बातों को सभी विनियमों के अंतर्गत और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या विनियमों इस मामले में नहीं लगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>26/11/2019</p>	<p>Dr. Nalin Kantan M.D., M.S., D.M. Surgical Gastroenterology (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) राम व पर 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>