

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1219/2278 APPLICATION DATE : 2/12/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ASHOKA DAS AGE-YEARS वय-वर्ष 65 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUBAL DAS
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता
BIJAYPUR, AMBANGA, NORTH 24 PARGA
NA'S HOUSING, WEST KENOLA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता
AS ABOVE



OCCUPATION : HOME MAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2000 X 12 = 24000 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. क्या है/ नहीं है
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगायें) 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 संबंध
1.	ASHOKA DAS	65	F	SELF
2.	BASANTI DAS	27	F	DAUGHTER
3.	HARISH DAS	32	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियम अनुसार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर की जांच प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जांच प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्ती अन्य स्रोतों से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एवं प्राप्त 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सत्य नहीं है तो मेरी प्रार्थना रिक्त भी हो सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो प्रार्थना एतिका "कोशिका फाउन्डेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में इस प्रकरण की पूर्ति के लिए, इस एतिका या अन्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न जो राशि है और न ही अधिकारी से लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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 सहायक, मैं (आवेदक) आवेदक छाप/छापी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित करें, प्रकाशित करने के लिए मेरी छाप, फोटो, पता, विवरण एवं अन्य जानकारी को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत करें।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे सहमत होने के प्रकाशित कर सकते हैं। प्रार्थना का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उक्त जानकारी का प्रकाशित कर दिया जाएगा और आवश्यकता होगी।

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 & except 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की मेरे से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय प्रार्थना हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) वित्तिय प्रकरण से नाम न जोड़कर करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय प्रार्थना किसी और सहायक से प्राप्त की जायेगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रार्थना रिक्त हो जायेगी तो हम अन्य स्रोत से उक्त राशि/पैसे में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रार्थना हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रार्थना रिक्त हो जायेगी तो हम अन्य स्रोत से उक्त राशि/पैसे में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रार्थना हेतु किया है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई प्रार्थना केवल वित्तिय प्रकृति की है। उपरी पर हस्ताक्षर द्वारा ही यह प्रार्थना या विवरण को प्रकाशित करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षर द्वारा प्रार्थना हेतु किया गया प्रकरण के सम्बंध में किसी अन्य सहायक से प्रार्थना लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2/12/2019</p>	<p>Dr. R. G. GANDHI MDS, D.O. OHS, FRCS Reg. No.-50871 Susrat Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) राजस्थान का नाम व हस्ताक्षर या छाप</p>	<p>Shri Bank Prasad Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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