

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1219/2003 APPLICATION DATE: 20/12/19

NAME of APPLICANT: MANOWARA BIBI AGE-YEARS 55 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BABLU SK



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: FARDUR, SANMATI NAGAR, MUMBAI

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -

OCCUPATION: HOUSEWIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2000 x 12 = 24000/ (Attach Proof of Income)

PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	MANOWARA BIBI	55	F	SELF
2.	BABUL SK	64	M	HUSBAND
3.	JAMRUL SK	31	M	SON
4.	MANRUL SK	28	M	SON

BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof
(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Copy)	(Attach Copy)

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: CATARACT

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (LICS + IOL)

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इतत केरल 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 पर कबल यह कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिरफ्तार एवं कबल असत्य कथन कबल है तो मेरी सहायता रद्द की जा सकती है।
 2) मैं इससे यकीनपूर्वक रूप से कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग करने, जो इस फॉर्म में बतलाना है।
 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी, इस मदद का अंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इतत केरल)

- 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 फॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ पर सहमत हो चुका हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में शामिल करें, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया है, और यह जानकारी को अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए प्रयोग करेगी, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए शामिल है। मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण के इस प्रकार के उपयोग से मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से मदद मिल सकती है।
 2) मैं (अर्शेक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के उपयोग में आने से मुझे मदद मिल सकती है। सहायता का इस्तेमाल नहीं करना इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उम्मीद की जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इतत केरल)

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.

हमने यहाँ पर, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से यकीन एवं स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि हम अभी तक और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त कर सकते हैं, जहाँ तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्राप्ति के लिए हमें यकीनपूर्वक रूप से कहना पड़ेगा कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने से पहले अन्य सहायता से वंचित नहीं रहे।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी चिकित्सा इलाज का चुनाव हमें ही करना पड़ेगा और हमें इसका पूर्ण उत्तरदायित्व लेना पड़ेगा। "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए हमें यकीनपूर्वक रूप से कहना पड़ेगा कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" की मदद से वित्तीय सहायता प्राप्त करने से पहले अन्य सहायता से वंचित नहीं रहे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Amit Budrukkar

Shib Sankar Bagchi
Director

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
11/12/19

Reg. No. - 17461
MBBS, DNB (Ophthalmology) FICO,
Fellowship in Glaucoma
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शेक इतत केरल)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2