

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K/0120/3758** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **29/11/2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **NANDLAL SAN** AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **63** SEX / लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रवर्ग का नाम : **PRASADJI SAN**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास का पता : **KHECHMI, PIRAKAZHAD, DEVIPUR, KODARMA, SHARAHANI 825418**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवास का पता : **— AS ABOVE —**



OCCUPATION / व्यवसाय : **UNEMPLOYED** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :  /

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : **RS 1900 x 12 = 22800/-** (Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. / PAN संख्या : **साथ में नहीं है**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो यान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) :  Yes / हाँ /  No / 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.	NANDLAL SAN	63	M	SELF
2.	NARAIN SAN	32	M	SON
3.	PARVIN SAN	29	M	SON
4.	PHARELI DEVI	57	F	WIFE

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
--	--	--	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे करने विनती 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 (SRESTIOL)

**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 / ली गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप से गलत या झूठा साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलती है, तो उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे की सहायता नहीं मांगी है और नहीं मांगूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि और पता का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करें, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, जो कोशिका फाउंडेशन और/या इसके गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायोपक्ष अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने के लिए प्रदान की गई सहायता का इस्तेमाल मेरी सहायता के लिए "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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


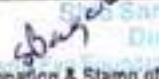
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**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 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उच्च उपचार/उपचार के लिए नहीं मांगेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उच्च के समर्थन से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अंतिम/सफल हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पत्र में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता वित्तीय मदद उच्च उपचार हेतु किया गया सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं मांगेंगे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव प्रकृति का चुनाव मेरी एवं हमें सहायता के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें सहायता के लिए ही सहायता सुरक्षित और अपने जाने को सही विधेयता के लिए एवं हमें सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई प्रकृति या विधेयता इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति, डॉ. सिद्धांत शर्मा

Date of Surgery अपराध की तारीख 27/1/2020	 Dr. Sankar Bagchi MBBS, DNB Reg. No. - 70555 Koshika Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Dr. Sankar Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2
