

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता					
OCCUPATION: व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय					
PAN No. स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)					
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 से साथ सम्बंध	
1.	NIRANJAN JANA	38	M	SELF	
2.	BANDANA JANA	20	F	WIFE	
3.	KATIA JANA	45	M	SON	
4.	SAJJAL JANA	45	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किन्ती आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किन्ती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
	SURGERY - RE - (SICF-2023)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 जो गई सहायता रशि	

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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापद निम्न को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापद सचि "कॉरिडाक फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापद को, यह प्रश्न की गई है, उस सचि का अधिकार या सकल हिस्सा किसी अन्य शोध/विशेषज्ञ/वीनो कम्पनी से न लीया है और न ही भविष्य में लीया।

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 प्रश्न पर अपने इस्तक़ाफ़ या ज़ंजत की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं “कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों” को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे “कोशिका” एवम् न्यासियों, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से चुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी की प्रसार साधन में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इस्तक़ाफ़ के पहले या बाद में करने के लिए “कोशिका फाउंडेशन” व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और विवरण जो कि सत्यापन के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वयः सहायता का हक़दार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में “कोशिका” एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL : (हस्ताक्षर/मुद्रा करवा)

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 मामले/परी की "कोशिका काउन्टिंग" से विलियम महाद्वल इंद्र सिंघारिण को ज्ञात है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो पर्याप्त और न ही परिष्कृत में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्थल से उक्त रोगी/मामले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विफाईर/विनि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनि जीविक/सफल हेतु मन्दिर गरी किया जाता है तो असमर्थ किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समाधान में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असमर्थ द्वितीय मदर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले रहे सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हमलात द्वारा ही यह सहायता या बिदे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमलात के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमलात में रोगी के हितों सुरक्ष और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमलात की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

पृथ्वीकृतो के लिए संस्तुति

ऑपरेशन की तारीख

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

युन व नद हिस्यात अधिकत अधिकारै

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक दृष्ट्याण हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

स्वाप्ती हस्तेश्वर २