APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतू आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थय देखभाल)



POST

APPLICATION No.: C/08 25/0054 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 19-8-25 आवेदम तिथी

आवेदक का नाम

NAME OF APPLICANT : Natisha

AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX Rein female

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HONS

पिता/कटुम्प का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PWW Shaniam DUY, POS NOS Mama , DIST: NORTH K-892, Jahamais WEST

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वार्ड आवासीय पता

ADOVE

occupation: Home Maken व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

fre

TOTAL ANNUAL INCOME: 30,000 (Pension) कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) NA (आव का साध्य संलग्न)

PAN No. स्वाई खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): NA क्या आप आय कर दाता है (ओ मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।

Same

Yes / No र्षा / नही

EAMILY DETAILS THERE Bearing

	FAMILY DETAILS VI(d)(Idd(V)					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) তমু (বৰ্ণ)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध		
	The second secon					
	BASIS for REQUESTING	ASSISTANCE (Tick which	ever is applicable)			

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।

EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अत्य आय वर्ग प्रमाण पत्र

(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।

Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को स्त्रया प्रति संलग्न करे।

Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

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

Sr. No. क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

LE-: WNL

choonic Dacryocytitis, corneal Mell-

SWIGHW-RF- TPK

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या NA

DECLARATION by APPLICANT: आयेरक द्वरा योगणा 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 भोषणा करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विकरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाइन्डेशन", से लो जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्ररूप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में हुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SHREET END WATE)

- 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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की साप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यसी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विकरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउउँसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विचरण जो कि सतायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सतायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियाँ का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्ताक्षर या अंग्रेट का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल ग्रांच 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.

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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान वा किसी अन्य स्त्रीत से उकत रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उपत को सम्बंध में "ओशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायात्र बिनति आशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया वाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदद ठवत रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाध नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई चूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

		IDED FOR ACCEPTENCE के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19-8-25	(Name of Dr. & Regn: No. With Stand डाक्टर का नाम क कस्तीवार शाला जान	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) । नाम व पर इस्पतास अधिकृत अधिकृति	T 150	
	FOR INTERNAL USE OF COS	SHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 रिक्रा		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2		
5	fugel	lile_		