# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)



	सहायता हे	तू आवेदन प्रारूप		(स्वास्थय देखा	गल)	foundation	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	0/11	24/0058	APPL आवेद	JICATION DATE : न विश्वी 2	The second second	Building block of life.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Jacin	a Khatun		AGE-YEARS आयु-व	SEX feir		
FATHER'S/SPOUSE'S ( पिता/कटुम्भ का नाम	NAME: MO	hommad Ala	m				
		PRESENT RESIDENCE ADDR	ESS q	मान आवासीय पता		Section 1997	
		oy, Rupaul			shis,		
Bilm -	8540-	) ERMANENT RESIDENCE ADDRI	ESS: 74	गई आवासीय पता			
		Some as ab	0/76			Pre Past	
OCCUPATION : \	tomero				MARRIED (विवाहित	) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM কুল বাৰ্ষিক आय	ME: 90	000 - (fem	ily	Income)	(Attach Proof of Ir (आय का साक्ष्य स		
PAN No. स्थाई खाता संद	ज्या N	A					
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes / No हां / सही	-		
			FAMILY	DETAILS परिवार विव	रण		
Sr. No.	No	me of Family Member		Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परि	खार के सदस्यों का नाम		उम्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
	Mol	mala bamma	-	35	M	Husband	
	-		-				
	_		+-				
	_		+				
			_				
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि			is applicable)		
BPL Can	d	EWS Codificate		Dation	Card		
(Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy	0	Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र		उपमोक्ता कार्ड		अन्य कोई सास्य	
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति र		(प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न	र करे।	<ul><li>(ग्रमाण पत्र की आया प्रति संसम्न करे।</li></ul>		24.4 406 4064	
-				UESTING ASSISTANC एवं चिनतों का उद्देश्य:	E:		
Sr. No.	1	Medical Reports/Prescriptions Attached					
क्रम संख्या		अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
		(4.5)					
		RE	. 63	111			
	-	Lt	- (	sheet s	000		
	+	Carriaga	4 *	LE-OPK			
	1	Sugar	1	1 011			
		707	0				
		ASSISTANCE BEING AVAILE	D for SA	ME "PURPOSE" from	OTHER SOURCE	5	
		इस उद्देश्य को हेतू कोई		विचा किसा अन्य स्त्रीत			
Sr. No. क्रम संख्या	1	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		

### DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं सोषण करता है कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवस्थ मेरी जानकारी के अनुस्तर सत्य एवं सही है। यदि कोई विवस्थ एवं कम्बन असाम पाया जाता है तो मेरी सहागता निरस्त की का सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायक गृशि "क्रोशिका फाउन्टेशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उटेश्व की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भग गया है।
- 3) में पुष्टि करता हैं कि विस सहायत हेतु यह प्रार्थन की गई है, इस राशि का आरिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में स्नैत।

## AGREEMENT by APPLICANT (आनेएक 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 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 छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंडेशन और उसके न्यासीचों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विकास इस प्रपत्र में भोषित है, उसे "कोशिका" एवस् न्यासी, यान, यावनात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवास भे देशांव के पहले या काद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा तथ, पता, फोटो और विशरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का डकदार नहीं बचाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारों होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्तावर या अंगूठे का निशान

#### AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 shortfail 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

हमारे अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (इस्प्ताता) निम्न प्रकार से मान्य य स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो नर्तमान और न ही भविष्य में जितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रते है, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/मिनींत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फउउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता विनित ऑशिक/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्प्ताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्माधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्तिर रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं शेगा/शेगी।

2. "क्रोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सक्षायल क्रेक्ल विटिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "क्रोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्ष और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "क्रोशिका" की कोई थुमिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	The state of the s	लए संस्तुति			
Date of Surgery ऑपरेशन की तरीख 2   11   20 24	GL MCNSLA Consultant Orbital mologist Regd. Lo27035 Dr. Schoolf Stample (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर को नाम व हस्ताक्षर व ग्रीच न. 12	Mame, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी			
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA	FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्			
1	SIGNATURE of TRUSTEE 1 नगमी हस्तामर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हम्साक्षर 2			
	Safernal	ect !			

in the matter